



TESIS DOCTORAL

LA TÉCNICA DE LA REJILLA CORPORAL

COMO INSTRUMENTO DE EVALUACIÓN
EN PSICOLOGÍA DE LA SALUD

APLICACIONES EN PSICOONCOLOGÍA

Marta Segura Valverde

2017

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE MADRID
FACULTAD DE PSICOLOGÍA

Departamento de Psicología Biológica y de la Salud



PROGRAMA DE DOCTORADO EN PSICOLOGÍA CLÍNICA Y DE LA SALUD

LA TÉCNICA DE LA REJILLA CORPORAL COMO INSTRUMENTO
DE EVALUACIÓN EN PSICOLOGÍA DE LA SALUD.

APLICACIONES EN PSICOONCOLOGÍA.

TESIS DOCTORAL

2017

MARTA SEGURA VALVERDE

Directores: ENRIQUE BACA GARCÍA
REBECA GARCÍA NIETO
LUIS ÁNGEL SAÚL GUTIÉRREZ

Tutor: ENRIQUE BACA GARCÍA

No hay espejo que mejor refleje la imagen del hombre que sus palabras

(Juan Luis Vives)

AGRADECIMIENTOS

Quisiera dar las gracias a todas las personas que han hecho posible este proyecto. Sin ellos esta tesis no habría llegado a materializarse. En primer lugar, y muy especialmente, a todas las participantes, que han prestado su colaboración con una generosidad admirable.

A los compañeros de trabajo que me facilitaron el acceso a los pacientes. Al Dr. Miguel Ángel Sánchez, con quien inicié mi aprendizaje en psicooncología, y al Dr. José Carreira. Ellos me permitieron acceder a sus pacientes, uno en el hospital, el otro en Atención primaria. Aquí debo mencionar a Lucía Rodríguez, que me facilitó la tarea al encargarse de contactar con las participantes de primaria. A los adjuntos y compañeros de residencia en la Fundación Jiménez Díaz, que siempre me animaron a seguir adelante.

Por otra parte, ha habido algunas personas que han contribuido de manera específica a lo largo del proceso de investigación. Gracias a David Pineda por su ayuda con el análisis estadístico de los datos, a Yenia Zaba por las correcciones de estilo e idioma de los artículos, a Maribel Jiménez por estar siempre disponible para leer, analizar, debatir... a Miguel Benedí por su trabajo de diseño (Miki, has dado forma a la imagen que tenía en mi cabeza, ¡eso no es fácil!). Quiero agradecer aquí especialmente la ayuda del Dr. José Carlos Chacón con los aspectos metodológicos, pero sobre todo por haberme ayudado a aclarar las ideas y poner orden en el proceso cuando me sentía en medio del caos. Agradezco también a Guillem Feixas, Luis Botella, David Winter y Devi Jankowicz su generosidad y su acogimiento, la calidez y el apoyo mostrados cuando recurrí a ellos en busca de consejo.

A mis compañeras de residencia, “mis PIREs”, por todas las horas que hemos pasado dentro y fuera del trabajo, por todos los años de residencia y los de después. De ser mis resis

pequeñas a ser mis maestras, de desconocidas a amigas... No sería la psicóloga que soy sin vosotras.

Por supuesto me gustaría dar las gracias a mis tres directores de tesis, que han vivido de primera mano este proceso. A la Dra. Rebeca García, que estuvo tan pendiente en los primeros momentos, en el nacimiento del proyecto, perfilando conmigo una pequeña idea que daría paso luego a esta tesis. Al Dr. Enrique Baca, jefe de servicio Psiquiatría de la Fundación Jiménez Díaz, con quien comencé la residencia y con quien sigo trabajando actualmente. Le agradezco sinceramente la confianza que ha depositado en mí, en mi capacidad clínica, docente e investigadora, y le agradezco también haberme transmitido su pasión por la investigación. Y desde luego al Dr. Luis Ángel Saúl. Luis, tú has hecho esto posible. Has estado conmigo a cada paso, animándome. Puedo decir que eres una de las personas más generosas que conozco, me has regalado conocimientos, un marco teórico, una paciencia infinita, palabras de aliento, un grupo de trabajo... pero sobre todo me has regalado tu amistad. Gracias a ti y a Chus por ello.

Por último, a mi familia y mis amigos, que han estado en cada paso del camino. Sin ellos el esfuerzo no merecería la pena. A mi marido, José, por su amor sincero y generoso, por sus cuidados, porque sólo él conoce lo mejor y lo peor de todo este proceso y ha estado para compartirlo conmigo. No te olvides...

1. RESUMEN.....	13
1.1. Introducción. Justificación de la Temática	13
1.2. Material y Métodos.....	14
1.3. Resultados	15
1.4. Conclusiones.....	16
1.5. Aportación Original del Autor	17
1.6. Presentación de los Trabajos Compendiados	17
2. MARCO TEÓRICO	19
2.1. Constructivismo y Teoría de Constructos Personales.....	19
2.1.1. Epistemología constructivista	19
2.1.2. Teoría de los Constructos Personales.....	21
2.1.2.1. Postulado fundamental y corolarios	23
2.1.2.2. Construcción de la experiencia.....	29
2.2. Evaluación Constructivista.....	30
2.2.1. Características de la evaluación constructivista.....	30
2.2.2. Principales técnicas de evaluación constructivista.....	34
2.2.2.1. Técnicas de evaluación orientadas a la estructura	34
2.2.2.2. Técnicas de evaluación orientadas al proceso	36

2.3. Técnica de la Rejilla	37
2.3.1. Diseño de la rejilla	38
2.3.2. Aplicación de la rejilla	40
2.3.3. Análisis de la rejilla	43
2.3.3.1. Análisis cualitativo	43
2.3.3.2. Análisis cuantitativo	48
2.3.4. Fiabilidad y validez de la rejilla.....	56
2.3.4.1. Fiabilidad de la técnica de rejilla.....	56
2.3.4.2. Validez de la técnica de la rejilla.....	61
2.4. Imagen Corporal.....	65
2.4.1. Concepto de imagen corporal	65
2.4.2. Evaluación de la imagen corporal.....	69
2.4.3. Concepción constructivista de la imagen corporal	72
2.5. Cáncer de Mama	74
2.5.1. Qué es	74
2.5.2. Tratamientos	77
2.5.2.1. Tratamientos quirúrgicos.....	77
2.5.2.2. Tratamientos no quirúrgicos	80
2.5.3. Imagen corporal y cáncer de mama	82

2.5.3.1. Evaluación de la imagen corporal en oncología.....	89
3. LA TÉCNICA DE LA REJILLA CORPORAL. ESTADO DE LA CUESTIÓN	91
4. OBJETIVOS E HIPÓTESIS.....	97
4.1. Objetivos.....	97
4.2. Hipótesis	98
4.2.1. Hipótesis 1: Nivel de autoestima y construcción de la imagen corporal	98
4.2.2. Hipótesis 2: Comprobación de la validez concurrente de los índices de autoestima corporal	99
4.2.3. Hipótesis 3: Análisis cualitativo de los constructos	99
5. MATERIAL Y MÉTODOS	101
5.1. Muestra.....	101
5.1.1. Hipótesis 1 y 2.....	101
5.1.2. Hipótesis 3.....	103
5.2. Instrumentos	103
5.2.1. Datos sociodemográficos	104
5.2.2. Historia médico-quirúrgica	104
5.2.3. SA-45	104
5.2.4. MBSRQ.....	106
5.2.5. Rejilla corporal.....	108

5.3. Diseño de la Investigación	111
5.3.1. Descripción del diseño.....	111
5.3.2. Variables	111
5.3.2.1. Hipótesis 1	112
5.3.2.2. Hipótesis 2	116
5.3.2.3. Hipótesis 3	116
5.4. Procedimiento.....	116
5.5. Análisis de Datos	118
5.5.1. Análisis de datos sociodemográficos.....	119
5.5.2. Análisis de los datos aportados por el SA-45	119
5.5.3. Análisis de los índices de autoestima y construcción de la imagen corporal aportados por la TRC	119
5.5.4. Comprobación de la validez concurrente de la TRC	120
5.5.5. Análisis cualitativo de los constructos.....	121
6. RESULTADOS.....	123
6.1. Descripción Muestral.....	123
6.1.1. Sociodemográficos	123
6.1.2. Diagnósticos psiquiátricos en el SA-45	128

6.2. Niveles de Autoestima y Construcción de la Imagen Corporal.....	131
6.2.1. Autoestima	131
6.2.2. Construcción de la imagen corporal.....	132
6.3. Comprobación de la Validez Concurrente de la TRC	139
6.4. Análisis Cualitativo de los Constructos	145
6.4.1. Sistema de Categorías de contenido para la clasificación de Constructos Corporales (SCCC).....	146
6.4.2. Fiabilidad del sistema de categorías de clasificación.....	150
6.5. Viñetas Clínicas	153
7. DISCUSIÓN.....	161
7.1. Hipótesis 1. Nivel de Autoestima y Construcción de la Imagen Corporal	161
7.2. Hipótesis 2. Comprobación de la Validez Concurrente de la TRC	167
7.3. Hipótesis 3. Análisis Cualitativo de los Constructos	169
7.4. Limitaciones	172
7.5. Investigación Futura	174
8. CONCLUSIONES.....	177
9. BIBLIOGRAFÍA.....	181
10. TABLAS.....	217
11. FIGURAS.....	221

12. APÉNDICES	223
12.1. Hoja de Información y Consentimiento Informado	223
12.2. Protocolo Cuestionario Sociodemográfico	225
12.3. Protocolo SA-45	228
12.4. Protocolo MBSRQ	230
12.5. Protocolo para la Generación de los Constructos de la Rejilla Corporal	231
12.6. Protocolo de Rejilla Corporal	232
12.7. Trabajos Compendiados	233

1. RESUMEN

1.1. Introducción. Justificación de la Temática

La investigación de la imagen corporal en pacientes con cáncer de mama es de gran importancia dada su relevancia epidemiológica y las consecuencias psicosociales para las mujeres. La imagen corporal es un predictor de ajuste psicosocial en el cáncer y un factor de riesgo para la depresión. Las pacientes con cáncer de mama experimentan su imagen corporal como una fuente de estrés relacionada con la asimetría que perciben, que interfiere con diversos ámbitos de su vida cotidiana. Específicamente, se ha descrito la mastectomía como una experiencia de “deconstrucción corporal” acompañada de sentimientos de mutilación y alienación. Los cuestionarios habituales para evaluar la imagen corporal en pacientes con cáncer asumen una definición preconcebida de la imagen corporal y no reflejan la experiencia subjetiva de las pacientes.

El objetivo principal de este estudio es la exploración de la utilidad de la Técnica de la Rejilla, en su variante corporal, como un instrumento para la evaluación de la imagen corporal en pacientes con cáncer de mama, desde la propia perspectiva de las pacientes. Para ello se desarrollan tres objetivos específicos. En primer lugar, identificar la imagen corporal que construyen las pacientes tras someterse a intervención quirúrgica y la valoración que realizan de la misma. En segundo lugar, comprobar la validez concurrente de los índices de autoestima corporal aportados por la rejilla. Y en último lugar, realizar un análisis cualitativo de las rejillas mediante la creación de un sistema de clasificación de la información obtenida.

1.2. Material y Métodos

Se presenta un estudio de carácter transversal. En él participaron 47 mujeres de entre 30 y 70 años. El grupo de estudio estuvo compuesto por 23 pacientes, diagnosticadas de cáncer de mama en estadio I, II o III, intervenidas quirúrgicamente entre 2010 y 2012, reclutadas del programa de Psicooncología de la Fundación Jiménez Díaz del 1 de octubre de 2011 al 30 de diciembre de 2012. Este grupo se dividió en pacientes sometidas a mastectomía (12 pacientes) y pacientes con cirugía conservadora (11 pacientes). El grupo control estuvo compuesto por 24 mujeres sanas, equivalentes en edad y nivel educativo, reclutadas de las consultas de Atención Primaria del mismo área sanitaria, entre junio y agosto de 2012.

Se administró a las participantes un cuestionario sociodemográfico; la versión española del Symptom Assessment – 45 (SA-45) que evalúa la presencia de psicopatología; la versión española del Multidimensional Body Self Relations Questionnaire (MBSRQ), que evalúa imagen corporal; y la Técnica de la Rejilla Corporal (TRC) para evaluar el sistema de constructos relacionado con la imagen corporal. El clínico completó información acerca del diagnóstico psicopatológico y oncológico, el tratamiento y los antecedentes médicos y psiquiátricos personales y familiares de las participantes.

Para conseguir el primer objetivo se realizaron análisis descriptivos de las variables estudiadas, analizando las diferencias entre pacientes mastectomizadas, con cirugía conservadora, y el grupo control, utilizando ANOVA de un factor y sus equivalentes no paramétricos en los casos necesarios. Para lograr el segundo objetivo, se emplearon análisis correlacionales para comprobar la validez concurrente de los instrumentos de evaluación de la imagen corporal, y análisis de las diferencias entre los tres grupos en las puntuaciones del

cuestionario de imagen corporal. Para conseguir el tercer objetivo, tres clínicos codificaron los constructos siguiendo el sistema de clasificación creado. Se analizó la fiabilidad interjueces de dicho sistema y se examinaron las diferencias en distribución de las categorías entre grupos.

1.3. Resultados

Con respecto al primer objetivo, las mujeres con cáncer de mama sometidas a cirugía mostraron una autoestima e imagen corporal significativamente peores que las mujeres sanas, sin hallar diferencias entre ambos tipos de pacientes a nivel global. La estructura cognitiva de los aspectos relacionados con la imagen corporal en pacientes con cáncer de mama mostró mayor restricción y unidimensionalidad que en el grupo control, sin diferencias significativas entre tipos de pacientes. Las pacientes mastectomizadas mostraron una construcción de la imagen corporal marcada por una mayor rigidez cognitiva.

Con respecto al segundo objetivo, se encontraron correlaciones significativas entre los índices de imagen corporal de los dos instrumentos de evaluación, especialmente entre los índices Atractivo físico autoevaluado (MBSRQ) y Distancia entre cuerpo real y cuerpo ideal (D.R-I). Estos índices mostraron una distribución similar en todos los grupos.

Con respecto al tercer objetivo, se creó un sistema de seis categorías que mostró una distribución similar en todos los grupos: Apariencia objetiva (47% en la muestra total), Estética (21%), Emociones (15%), Fortaleza (10%), Función (4%) y Energía/Dinamismo (3%). No obstante, en el grupo de pacientes mastectomizadas se encontró un aumento en la frecuencia de Función (10%) y una disminución en la frecuencia de Apariencia objetiva (38%). El grado de acuerdo interjueces alcanzado fue muy alto.

1.4. Conclusiones

El tratamiento quirúrgico del cáncer de mama afecta significativamente a la imagen corporal de las pacientes. En el caso de las cirugías conservadoras, esta alteración es significativamente mayor de lo que tradicionalmente se ha recogido en la literatura. Este dato deberá ser tenido en cuenta a la hora de realizar la evaluación e intervención clínica con estas pacientes. Respecto a las mujeres con mastectomía, la pérdida de la mama representa una amenaza importante a la construcción de su imagen corporal, caracterizada por menor aceptación de esa zona corporal y escasa flexibilidad en la concepción y valoración de su imagen.

La TRC como instrumento de evaluación permite obtener una información exhaustiva y completa acerca de la estructura y el contenido de la construcción personal de la imagen corporal. Permite observar y comprender desde el punto de vista del individuo, con su propio lenguaje, de qué está compuesta su imagen corporal. Esta información permitirá diseñar tratamientos más ajustados para cada paciente, en los que se puedan tener en cuenta las necesidades concretas de cada una, de cara a permitir una mejor adaptación al proceso de enfermedad y su tratamiento, minimizando el riesgo de desarrollar alteraciones psicopatológicas.

Futuras investigaciones deberán continuar desarrollando la TRC como instrumento de evaluación de la imagen corporal, estudiando en profundidad diferentes aspectos de la fiabilidad y validez, y aplicándola a diferentes poblaciones.

1.5. Aportación Original del Autor

La presente tesis doctoral realiza una aportación al campo de la evaluación psicológica desde la perspectiva constructivista. Además, proporciona con sus resultados un mayor soporte y contribuye a la difusión de la TRC y de los índices evaluados tanto en el ámbito de investigación como en la clínica.

Concretamente, este estudio constituye una novedad en cuanto a la muestra utilizada en investigación con TRC, ya que es la primera vez que se aplica a pacientes con cáncer de mama. Igualmente, es una novedad la utilización de una muestra no clínica como grupo de comparación.

Dentro de la investigación constructivista de la imagen corporal, hasta ahora no se había prestado atención a las puntuaciones extremas (índice de polarización). Esta investigación aporta una primera aproximación a este índice de estructura cognitiva.

Por otra parte, esta investigación constituye el primer intento de estudiar la validez de la TRC, centrado en la validez concurrente de la misma, comparándola con otro cuestionario de imagen corporal bien validado.

Por último, hasta donde los autores conocen, esta técnica se ha desarrollado principalmente en Alemania. El presente estudio representa el primer acercamiento a la TRC llevado a cabo en España.

1.6. Presentación de los Trabajos Compendiados

Los principales resultados de investigación se presentan en tres artículos, cada uno de ellos orientado a uno de los objetivos específicos de investigación.

El primer artículo se centra en el estudio de los índices de autoestima corporal y la construcción de la imagen corporal en pacientes con cáncer de mama:

- Segura-Valverde, M., García-Nieto, R. y Saúl Gutiérrez, L. (2014). Imagen corporal y autoestima en mujeres mastectomizadas. *Psicooncología* 11(1), 45-57; doi: 10.5209/rev_PSIC.2014.v11.n1.44916.

El segundo artículo versa sobre la estructura cognitiva de la imagen corporal, continuando la misma línea del primero, y analiza la validez concurrente de la TRC:

- Segura-Valverde, M., Saúl, L. y Baca-García, E. (2017, en prensa). The body grid as an assessment tool for body image. *Journal of Constructivist Psychology*. Doi: 10.1080/10720537.2017.1320244. Aceptado el 3 de abril de 2017.

Por último, en el tercer artículo se desarrolla el análisis de cualitativo de la información obtenida a través de la TRC:

- Segura-Valverde, M., Saúl, L. y Baca-García, E. (2017, en prensa). Content Categories System for Body Constructs applied to patients with mastectomy. *European Journal of Psychiatry*. <http://dx.doi.org/10.1016/j.ejpsy.2017.02.001> Aceptado el 20 de febrero de 2017. Publicado on-line en abril de 2017.

2. MARCO TEÓRICO

2.1. Constructivismo y Teoría de Constructos Personales

2.1.1. Epistemología constructivista

La epistemología, como disciplina filosófica, se ocupa del problema del conocimiento de la realidad. La epistemología constructivista se contrapone a la tradición objetivista, según la cual la realidad se manifiesta a través de los sentidos. Desde la posición constructivista, el ser humano no puede acceder directamente a la “realidad externa”, sino que cualquier conocimiento es construido de forma activa. Esto significaría que existen distintas formas de interpretar la realidad, y que no cabe la posibilidad de obtener un conocimiento “verdadero” de la misma (Feixas y Villegas, 2000).

Feixas y Villegas (2000) utilizan la metáfora de la semántica general para explicar la postura epistemológica del constructivismo:

“La epistemología constructivista se basa en la afirmación de que operamos de acuerdo con el mapa que construimos de la realidad, pero que un mapa no es un territorio. Es algo que puede ser más o menos útil según su adecuación, pero que no es más que una descripción del territorio en términos del observador. La epistemología objetivista sostiene que el mapa se corresponde con el territorio, que es una especie de fotocopia reducida de la realidad. En cambio, la posición más ontológicamente extrema (representada ejemplarmente por Maturana) defiende que el mapa es el único territorio existente, lo único que tenemos es un mapa” (Feixas y Villegas, 2000, p.27).

Destaca desde esta concepción el papel proactivo del ser humano en la construcción de los significados con que dota a la experiencia. Este proceso de construcción siempre va a estar determinado por la capacidad del organismo de auto-organizarse y va a ser siempre autorreferencial, por lo que va a estar de acuerdo a un patrón coherente con el sentido de identidad, que le permitirá continuar sintiéndose “yo” a pesar del cambio continuo.

Una de las críticas realizadas a la postura constructivista es el peligro de caer en un relativismo radical. Sin embargo, se entiende que no todo conocimiento tendrá la misma validez. Dada la imposibilidad de acceder al conocimiento como una copia de la realidad, el criterio de “verdad” para la validación del conocimiento pierde sentido. La epistemología constructivista rechaza la validez absoluta de cualquier conocimiento, y considera en cambio la validez relativa de un sistema dado de conocimiento. El criterio con que se considerará cualquier conocimiento estará relacionado con su “utilidad” y “viabilidad”.

Desde esta postura la unidad básica de la experiencia la constituyen los actos discriminativos, la captación de una diferencia o distinción. Siguiendo a Feixas y Villegas (2000), el epistemólogo Bradford Keeney afirma que “el acto epistemológico más básico es trazar una distinción. Es sólo distinguiendo un patrón de otro que somos capaces de conocer”. Siguiendo la cosmovisión constructivista, la diferencia no es algo que existe en los objetos del mundo, sino que es construida.

Al no tener acceso a la realidad externa, estable ni ser ésta cognoscible, la comprensión de la realidad y la detección de las diferencias está inmersa de forma necesaria en el contexto, desarrollada a partir del universo interpersonal, a la vez que necesariamente limitada (Trujillo, 2016).

Entre los antecedentes más relevantes del constructivismo se encuentran Giambattista Vico e Immanuel Kant, en cuanto que entienden el conocimiento como construido y la importancia de la conciencia en la captación de la experiencia. A pesar de estos precedentes en el s. XVIII, el constructivismo no se consolida hasta finales de los años setenta y durante los años ochenta del s. XX. Como desarrollan Feixas y Villegas (2000), en esta consolidación juegan un importante papel los aportes que recibe el constructivismo de la física, la biología, la cibernética, la filosofía de la ciencia y, por supuesto, la psicología.

La epistemología constructivista ha influido de forma sustancial en distintos enfoques psicoterapéuticos: las teorías de Vygotsky (1934) y Piaget (1970), el constructivismo social (Gergen, 1991), la concepción de la memoria de Barlett (1995/1932), la terapia cognitiva posracionalista (Guidano, 1991/1994), la teoría de los procesos de cambio de Mahoney (1991), las perspectivas narrativas y hermenéuticas (Bruner, 1990/1998; White y Epston, 1990/1993), la terapia cognitivo-narrativa (Gonçalves, 1994, 2002), los enfoques terapéuticos del constructivismo sistémico y, por supuesto, la teoría de los constructos personales de Kelly (1955/1991). Para un análisis detallado véase Feixas y Villegas (2000). Todos estos enfoques conciben al ser humano con un agente proactivo constructor de los significados de la experiencia, que se adapta a su entorno al tiempo que lo modifica (Mahoney, 1988).

2.1.2. Teoría de los Constructos Personales

Kelly desarrolla su Teoría de los Constructos Personales (TCP) integrando en un mismo lenguaje áreas como la percepción, la memoria, el aprendizaje, el pensamiento, el lenguaje, la motivación, la emoción y, por supuesto, la personalidad, desde un enfoque de corte fenomenológico y sobre una epistemología constructivista.

Feixas y Villegas (2000) describen la posición epistemológica de Kelly como “constructivismo moderado, por cuanto acepta la existencia de un mundo ontológicamente real e independiente, aunque incognoscible en sí mismo en cuanto tal” (Feixas y Villegas, 2000, p. 25).

En la base de la teoría se encuentra un gran respeto por las diferencias individuales y culturales, que lleva a Kelly a adoptar una posición de credulidad como la mejor forma de abordar el estudio del ser humano. A lo largo del desarrollo de la teoría, muestra gran interés no sólo por los procesos más cognitivos, sino también por las emociones y conductas, intentando integrarlas en un nivel fundamental (Fransella y Neimeyer, 2003).

Kelly desarrolla su teoría desde una posición epistemológica que denomina *alternativismo constructivo*. Partiendo de la base de que la realidad no es directamente cognoscible, y sólo se puede aprehender a través de las construcciones personales, entiende que una misma situación puede ser vivida de formas diferentes, idiosincrásicas, por diferentes personas. A nivel psicológico, entiende que el sufrimiento humano se relaciona con que las construcciones del individuo no son adecuadas para la anticipación de la experiencia y que necesitan ser sustituidas por otras de mayor utilidad y que permitan una mayor predicción de los acontecimientos.

“Suponemos que todas nuestras interpretaciones actuales del universo están sujetas a revisión o reubicación. Ésta es una afirmación básica que se aplica a casi todo lo que diremos más adelante. Partimos de la base de que siempre hay posibilidad de escoger construcciones alternativas, al tratar con el mundo. Nadie necesita quedarse clavado en un rincón; nadie necesita quedar completamente apartado por culpa de las circunstancias; nadie necesita ser

víctima de su propia biografía. A esta posición filosófica la llamamos *alternativismo constructivo*” (Kelly, 1966, pp.28-29).

La metáfora básica de esta concepción es “el hombre como científico” (Kelly, 1955/1991), entendiendo que el ser humano genera constantemente hipótesis que pone a prueba y que intenta adecuar y validar con la realidad (Avia y Sanz, 1995; Feixas y Villegas, 2000; Kelly, 1955/1991; Winter, 1992). Partiendo de estas premisas, Kelly se aparta de las teorías psicológicas del momento, entre ellas el Conductismo, que se encontraba en pleno auge, y centra el objeto de estudio de la psicología en los sistemas de atribución de significado de la realidad, en vez de estudiar la realidad en sí misma (Botella y Feixas, 2008).

2.1.2.1. Postulado fundamental y corolarios

El postulado fundamental sobre el que se asienta la TCP plantea que “los procesos psicológicos de una persona se canalizan psicológicamente por la manera en que anticipan los acontecimientos” (Kelly, 1955/1991, p. 32). Esto significa que toda actividad humana (pensamiento, conducta, emoción) tiene como objetivo poder anticipar lo que va a ocurrir. En base a la construcción particular de cada individuo y la forma en que da significado a su experiencia, cada persona va creando unas dimensiones de significado, complejas y dinámicas, que permiten moverse por ellas a la vez que limitan las posibilidades de movimiento. El individuo esperará y anticipará diferentes posibilidades en su encuentro con la experiencia y las irá estructurando a través de su *sistema de constructos personales*. Personales, en relación a la idea de que el mundo de cada persona es diferente, no únicamente porque haya vivido situaciones y experiencias distintas, sino porque cada ser humano interpreta la experiencia de una forma única. Entiende constructos como “la forma en que dos cosas se parecen y son

diferentes de una tercera”, como una “discriminación bipolar” entre una experiencia o idea y lo que se percibe como su opuesto. Por último, al referirse a sistema, Kelly hace referencia a que los constructos están ordenados y relacionados unos con otros (Bannister, 2003). Este sistema se encuentra en permanente revisión y expansión, a través del encuentro con la experiencia en el contexto de la persona y de los intercambios socioculturales. Por tanto, las personas comprenden la realidad y anticipan el futuro a través de sus constructos, que simultáneamente reflejan la captación de similitudes y diferencias percibidas entre acontecimientos (Saúl, 2006).

En torno a este postulado se desarrollan once corolarios que articulan la TCP, con los que se van elaborando las implicaciones del postulado fundamental:

1. Corolario de Construcción: *La persona anticipa los acontecimientos construyendo sus réplicas* (Kelly, 1955/1991, p. 35). Ante la inmensidad y variabilidad de la experiencia, cada persona va anticipando los acontecimientos mediante la aplicación de dimensiones de interpretación a esa experiencia, que son abstractas y que se crean a través de la capacidad para percibir similitudes entre acontecimientos y, a la vez, diferenciarlos de otros (Botella y Feixas, 2008; Winter, 1992).
2. Corolario de Individualidad: *Las personas difieren entre sí respecto a su construcción de los acontecimientos* (Kelly, 1955/1991, p. 38). Cada persona es única y desarrolla una forma propia de ver el mundo. Incluso cuando dos personas se enfrentan a la misma experiencia externa, es probable que la construyan de forma idiosincrásica (Bannister, 2003; Botella y Feixas, 2008).
3. Corolario de Organización: *Cada persona desarrolla característicamente, para su conveniencia en la anticipación de los acontecimientos, un sistema de construcción*

que implica relaciones ordinales entre constructos (Kelly, 1955/1991, p. 39). Los constructos están interconectados en una red de significado amplia y compleja que se estructura de forma jerárquica. Esto implica que existen unas construcciones de rango superior, supraordenadas, y otras de tipo inferior, subordinadas. En el nivel jerárquico más alto se encuentran los constructos nucleares, que conforman el sentido de identidad, y se distinguen de otros constructos más periféricos. Esta estructura jerárquica permite que el mundo sea manejable, a la vez que facilita la predicción de aspectos relacionados con el comportamiento de un individuo, en función de la información sobre el significado personal que proporcionan las relaciones existentes entre constructos (Botella y Feixas, 2008; Trujillo, 2016; Winter, 1992).

4. Corolario de Dicotomía: *El sistema de construcción de una persona se compone de un número finito de constructos dicotómicos* (Kelly, 1955/1991, p. 41). Kelly expresaba mediante la dicotomía la imposibilidad de construir algo en un sentido sin afirmar que no se construye en el sentido inverso (González Arranz, 2011). Cada constructo es una operación simultánea de integración, “la forma en que dos o más cosas son similares” y diferenciación “distintas de una tercera” (Feixas y Villegas, 2000). Cada constructo tiene dos extremos o polos. No obstante, un constructo es un eje de referencia, no una categoría de acontecimientos, y como tal los elementos proyectados sobre él pueden asumir valores intermedios entre ambos polos (Botella y Feixas, 2008).
5. Corolario de Elección: *La persona escoge para sí misma aquella alternativa de un constructo dicotómico mediante la que anticipa una mayor posibilidad de extensión y definición de su sistema* (Kelly, 1955/1991, p. 45). En la anticipación de los

acontecimientos, cada persona se mueve desde el marco de sus constructos personales y moviéndose en las direcciones que parezcan tener más sentido y fortalezcan la elaboración del sistema. Esta elaboración puede hacerse en términos de una mayor definición del sistema, de forma que cada vez incorpore menos elementos en el campo fenoménico aunque más predecibles, o puede realizarse en términos de una mayor extensión del sistema, de manera que se amplíe el ámbito de aplicación de un constructo mediante la exploración de nuevas áreas. La bipolaridad de cada constructo proporciona vías de movimiento que se traducen en elecciones; la elección realizada será la que facilite la anticipación de eventos futuros de forma coherente con las construcciones anteriores reflejadas en el resto del sistema de constructos (Bannister y Fransella, 1986; Feixas y Villegas, 2000).

6. Corolario de Ámbito: *Un constructo sólo es conveniente para la anticipación de un ámbito finito de acontecimientos* (Kelly, 1955/1991, p. 48). La dimensión de abstracción de un constructo sólo se aplica a determinados elementos y no a otros, que resultan irrelevantes. Así, cada constructo se caracteriza por un ámbito de conveniencia (el conjunto de elementos a los que puede llegar a aplicarse) y un foco de conveniencia (el conjunto de elementos a los que se aplica con máximo poder predictivo). Ya que el significado de un constructo va a depender de su uso personal, y no necesariamente de una definición estándar, puede ocurrir que dos personas atribuyan focos y ámbitos de conveniencia diferentes a una dimensión con la misma etiqueta verbal (Bannister y Fransella, 1986; Botella y Feixas, 2008; Winter, 1992).
7. Corolario de Experiencia: *El sistema de construcción de una persona varía a medida que construye las réplicas de los acontecimientos* (Kelly, 1955/1991, p. 50). A través

de la experiencia se van a poner a prueba las hipótesis que la persona va realizando, se van contrastando sus predicciones, que serán validadas o invalidadas. A través de estas validaciones e invalidaciones el sistema de constructos personales irá cambiando y refinándose en términos de extensión y definición, de forma que sea cada vez más predictivo e internamente consistente. Este proceso se desarrolla a través del denominado *ciclo de la experiencia* ([ver apartado 2.1.2.2]; Botella y Feixas, 2008; Feixas y Villegas, 2000).

8. Corolario de Modulación: *La variación en el sistema de construcción de una persona está limitada por la permeabilidad de los constructos en cuyo ámbito de conveniencia se encuentran las variantes* (Kelly, 1955/1991, p. 54). La permeabilidad de un constructo va a depender de la capacidad que tiene para admitir elementos nuevos en su ámbito de conveniencia. Botella y Feixas (2008) utilizan el siguiente ejemplo para ilustrar el concepto de permeabilidad: “El constructo ‘bueno *versus* malo’, por ejemplo, es considerablemente permeable, dado que admite un gran número de elementos (ideas, teorías, alimentos, personas, obras de arte...). Sin embargo, el constructo ‘descafeinado *versus* con cafeína’ es mucho más impermeable, dado que sólo admite como nuevos elementos a diferentes variedades de bebida” (Botella y Feixas, 2008, p. 45). Para Kelly, esta capacidad en un constructo determinado va a depender de la permeabilidad de los constructos jerárquicamente superiores (supraordinados) a él. Cuanto menor sea la capacidad de un constructo superior para admitir nuevos elementos, mayor será también la impermeabilidad de los constructos subordinados a éste (Botella y Feixas, 2008; Feixas y Villegas, 2000).

9. Corolario de Fragmentación: *Una persona puede emplear sucesivamente varios subsistemas de construcción inferencialmente incompatibles entre sí* (Kelly, 1955/1991, p. 58). En ocasiones distintos subsistemas del sistema de constructos tienen ámbitos de conveniencia que no son consistentes entre sí, pudiendo incluso ser incompatibles entre sí. Esta falta de consistencia es aceptable si los constructos supraordenados tienen la suficiente permeabilidad como para acomodar las construcciones inconsistentes (Bannister y Fransella, 1986; Winter, 1992). En los casos en que no exista un constructo supraordenado que integre a otros dos de orden inferior incompatibles entre sí, puede producirse un sentido de incoherencia personal al pasar de uno a otro subsistema (Botella y Feixas, 2008).
10. Corolario de Comunalidad: *Los procesos psicológicos de dos personas serán similares en la medida en que una emplee una construcción de la experiencia similar a la de la otra* (Kelly, 1955/1991, p. 63). Aunque previamente se ha dicho que los procesos psicológicos de dos personas son diferentes ya que construyen la experiencia de forma distinta (Corolario de Individualidad), es también asumible que sus procesos psicológicos serán similares en la medida en que ambas personas construyan la experiencia de forma parecida (Botella y Feixas, 2008).
11. Corolario de Socialidad: *Una persona puede jugar un rol en un proceso social que implica a otra en la medida en que construya los procesos de construcción de aquella* (Kelly, 1955/1991, p. 66). Para poder mantener una relación social, o relación de rol en términos de Kelly, es necesario construir los procesos de construcción de los demás (Kelly, 1955/1991). Para esto no es necesario tener el mismo sistema de constructos, puede conseguirse a través de un proceso de comprensión empática

(Feixas y Villegas, 2000). Es decir, para que se de una relación significativa con otra persona, se necesita poder construir en cierto grado el modo en que el otro construye, tener la capacidad de ponerse en su lugar. Sólo cuando se es capaz de predecir lo que el otro hará es posible ajustarse a su conducta (Botella y Feixas, 2008).

2.1.2.2. Construcción de la experiencia

La forma en la que el individuo elabora su sistema de construcción en su contacto con el mundo es a través del proceso denominado *ciclo de la experiencia* (Kelly, 1955/1991), que fue formalizado por Neimeyer (1985) como se muestra en la Figura 1.



Figura 1. Ciclo de la experiencia

El primer paso en el proceso es la *anticipación de la experiencia*, que implica la derivación de una hipótesis personal sobre el curso probable de un acontecimiento. Esa hipótesis, igual que las hipótesis de las teorías científicas formales, se basa en aspectos supraordenados de la teoría personal, validados en ciclos de experiencia anteriores (Botella y

Feixas, 2008). La segunda fase es la de *implicación* en el resultado. Esta fase es equiparable a una apuesta: cuanto más se apueste en la anticipación, más se puede ganar o perder. La siguiente es la fase de *encuentro con el acontecimiento*, que implica la disposición a operacionalizar la hipótesis de que se trate y contrastarla con la realidad en cuanto a su valor predictivo. En cuarto lugar se encuentra la fase de *validación/invalidación de la anticipación*. La validación tiene lugar cuando el resultado es compatible con la predicción, la invalidación ocurre cuando no lo es. La última fase es la de *revisión constructiva del sistema*. Dependiendo del resultado de la fase anterior, el individuo reafirma o cuestiona su sistema. A través de este ciclo de cinco fases la persona reconstruye una y otra vez su experiencia. En este proceso no intervienen únicamente procesos cognitivos, sino que afecta de forma holística a todas las facetas de la actividad humana, orientándose a la anticipación de los acontecimientos y tendiendo a la mejora de la capacidad predictiva del sistema de construcción (Saúl, 2006). La sucesión de estos ciclos puede considerarse como la esencia del funcionamiento óptimo desde la Psicología de los Constructos Personales (PCT), y su bloqueo como indicio de trastorno psicológico (Neimeyer, 1987 y Winter, 1992; citados en Botella y Feixas, 2008).

2.2. Evaluación Constructivista

2.2.1. Características de la evaluación constructivista

Tal como recogen Neimeyer y Neimeyer (1996), el marco de referencia común a las teorías constructivistas enfatiza como supuestos fundamentales acerca de los seres humanos que

- a) están orientados activamente hacia una comprensión significativa del mundo en el que viven,
- b) no tienen acceso directo a la realidad externa, y
- c) se encuentran en continuo proceso de desarrollo y cambio.

Desde esta perspectiva, como se mencionaba previamente, se comparte la premisa de que las personas no tienen acceso directo a la realidad externa, singular y estable, sino que la comprensión de la realidad está incluida en el contexto sociocultural y se desarrolla interpersonalmente. Tal como planteaba Kelly (1955/1991) “el hombre crea sus propias maneras de ver el mundo en el que vive. El mundo no las crea por él”. Esta formación de significados supone un esfuerzo activo por parte de la persona para dotar de propósito y sentido a los acontecimientos que se encuentra. Dado que nuestras percepciones y su utilidad no están unidas de forma directa a las características “objetivas” del mundo externo, sino que se van siendo creadas por cada persona, cualquier acontecimiento está sujeto a una amplia variedad de construcciones alternativas (alternativismo constructivo). Se ve por tanto que, según la perspectiva constructivista, el conocimiento se crea, se construye, adquiriendo la persona un papel activo en este proceso de creación, y que este proceso de construcción está en constante evolución y cambio, reevaluando continuamente los acontecimientos y reconstruyendo los significados en función de la experiencia, lo que da lugar, necesariamente, a nuevos cursos de acción posibles. De hecho, Kelly (1955/1991) definió la psicopatología en términos de un sistema de construcción impermeable al cambio.

Teniendo en cuenta estas premisas, tiene sentido que los métodos de evaluación constructivista centren sus esfuerzos en comprender los procesos de formación de significado personal, enfatizando el papel activo de la persona como co-creador de significado y la naturaleza auto-organizada y en evolución constante de las estructuras de conocimiento. Como el conocimiento no es una copia de la realidad, sino una construcción, no tiene sentido evaluar la validez o veracidad (verdad) de la visión del mundo que pueda tener cada individuo, sino que se evalúa la viabilidad, utilizando como criterio la utilidad de las estructuras de conocimiento.

Siguiendo los trabajos de Neimeyer (1996) y de Botella y Feixas (2008) las características fundamentales de la evaluación constructivista pueden resumirse en:

- Importancia fundamental de evaluar la interconexión entre significados. En lugar de evaluar unidades aisladas de pensamiento (autoafirmaciones, creencias, su frecuencia o grado...), la evaluación constructivista profundiza en las implicaciones de los significados, centrándose en los sistemas de constructos, las narrativas personales o las construcciones metafóricas, poniendo su énfasis en el concepto de *holismo semántico*, la creencia de que cualquier construcción dada puede ser entendida mejor en el contexto de un sistema de significado más amplio que la apoye.
- La evaluación constructivista se centra en las implicaciones que una construcción de uno mismo o los otros tiene en otros aspectos del proceso de construcción, más que centrarse en la frecuencia o el grado de “normalidad” de un pensamiento. Desde planteamientos constructivistas, lo más relevante de una construcción no se encuentra en la frecuencia con que ocurre, sino en la centralidad que ocupa en la cadena de construcciones que le dan sentido.
- En lugar de situar el énfasis en proposiciones conceptuales, como ocurre en otros enfoques clínicos, podría decirse que la evaluación constructivista es una evaluación de las diferencias. De hecho, varios métodos como la técnica de la rejilla o la técnica del escalamiento están diseñados específicamente para obtener las diferencias fundamentales o los constructos bipolares que las personas utilizan para ordenar su experiencia y organizar su conducta. Además, desde posiciones constructivistas se

asume que estos significados están organizados jerárquicamente en el sistema, de forma que algunos constructos personales ocupan un papel más central, mientras que otros se sitúan más en la periferia del sistema de constructos de la persona (Kelly, 1955/1991).

- Dado el interés de la evaluación constructivista por identificar y explorar las construcciones personales e individuales, tiene sentido pensar que la finalidad última de esta evaluación no es clasificar a la persona en una categoría diagnóstica, sino en todo caso realizar un “diagnóstico transitivo”, como lo denominó Kelly (1955/1991), que implicaría convertir la evaluación psicológica en una fase del proceso de intervención terapéutica (Botella y Feixas, 2008).
- En relación con lo anterior, la perspectiva constructivista entiende que el proceso de evaluación influye necesariamente en el sistema evaluado. Constituye inevitablemente una intervención que puede facilitar que la persona reconstruya los temas que se están evaluando. La mera estructuración y articulación de las construcciones personales supone, en sí misma, un proceso de reconstrucción, y por lo tanto introduce cierto grado de cambio o evolución en el sistema de significación de la persona. Así, la evaluación puede utilizarse para promover la reconstrucción personal, que constituye el objetivo último de la intervención psicológica.
- Teniendo en cuenta lo anterior, no es de extrañar que las técnicas de evaluación constructivista sean variadas y flexibles, combinando aspectos intrapsíquicos e interpersonales, metodologías formales y semiestructuradas con otras poco estructuradas, y formas de análisis cualitativos y cuantitativos.

2.2.2. Principales técnicas de evaluación constructivista

Un rasgo importante de la perspectiva constructivista, a nivel metateórico, es el doble énfasis que pone tanto en la estructura como en el proceso del conocimiento humano, y la importancia de ambos en el contexto de la intervención psicológica. Por ello, a nivel práctico, puede resultar útil diferenciar entre métodos de evaluación que estén orientados a explicitar la estructura u organización del sistema de construcciones, y métodos que se centran en el proceso y cambio de dichas construcciones a través del tiempo (Neimeyer, 1996).

Entre las técnicas de evaluación orientadas a la estructura, Botella y Feixas (2008) incluyen las técnicas de escalamiento, el ABC de Tschudi y la técnica de la Rejilla Interpersonal; mientras que el análisis de autocaracterizaciones y la técnica del “nudo del problema” se encontrarían entre las técnicas orientadas al proceso, ésta última en relación a situaciones familiares conflictivas. A continuación se describen brevemente cada una de las técnicas.

2.2.2.1. Técnicas de evaluación orientadas a la estructura

A. Técnicas de escalamiento

Estas técnicas fueron propuestas por primera vez por Hinkle (1965) para explorar las características de las relaciones jerárquicas entre constructos personales en el marco del sistema del que forman parte, en términos de sus conexiones implicativas.

A través de una entrevista, se van rastreando las implicaciones de los dos polos de cualquier constructo. En el caso de buscar las implicaciones supraordenadas, se plantea la pregunta de por qué se prefiere uno de los polos del constructo en lugar del otro. En el caso de

las implicaciones subordinadas de un constructo, se obtendrían pidiendo ejemplos concretos de los polos.

En respuesta a estas preguntas, aparecería una imagen en forma de pirámide, organizada idiosincrásicamente, del sistema de constructos. En la cúspide de la pirámide estaría situado un reducido número de constructos nucleares supraordenados, equiparables a los valores morales (Horley, 1991), y muy resistentes a cualquier cambio en tanto que son estos constructos los que mantienen la identidad personal y guían las decisiones de la persona en la orientación de su proyecto vital (Hinkle, 1965). A medida que se desciende por la pirámide, los constructos van siendo más periféricos y subordinados y menos resistentes a la invalidación (Hinkle, 1965).

Las técnicas de escalamiento son especialmente indicadas para contextualizar una elección determinada de la persona en función de sus implicaciones supraordenadas o subordinadas (Botella y Feixas, 2008).

B. ABC de Tschudi

Propuesta inicialmente por Tschudi (1977), esta técnica tiene por objetivo clarificar qué impide o bloquea el cambio de un paciente y le mantiene en el polo sintomático o problemático de un constructo. Según plantea su autor, la respuesta a esta pregunta se basa en la propuesta de Greenwald (1973) de que el síntoma tiene ventajas, aunque éstas no se presenten de forma obvia.

A través de la obtención de tres constructos clave – a) el constructo problema; b) el constructo o constructos formado por las desventajas del polo sintomático de (a) y las ventajas del polo opuesto; y c) el constructo o constructos formado por las ventajas del polo sintomático

de (a) y las desventajas del polo opuesto – se facilita la comprensión del síntoma o problema del paciente en términos de dilema implicativo.

C. Técnica de la Rejilla Interpersonal

La técnica de la Rejilla Interpersonal se trata con mayor profundidad en el apartado 2.3.

2.2.2.2. Técnicas de evaluación orientadas al proceso

A. Análisis de autocaracterizaciones

El análisis de las autocaracterizaciones fue propuesto por Kelly (1955/1991). Se trata de una técnica cualitativa centrada en la idea de atender a la presentación que hace el paciente de sí mismo en sus propios términos, y partiendo de la base de que su discurso es “verdad narrativa”, no necesariamente “verdad histórica” (Spence, 1982). Consiste en pedirle al paciente que escriba una presentación de sí mismo en tercera persona, con la idea de ampliar el foco de atención, desde la perspectiva de un amigo íntimo, lo que minimiza el riesgo de autocrítica desmesurada. El uso de esta técnica puede facilitar el descubrimiento de la estructura del sistema de constructos, así como proporcionar una base sobre la que reformular autoconstrucciones alternativas en el trabajo terapéutico (Neimeyer, 1996).

B. Nudo del problema

Propuesta inicialmente por Procter (1981), esta técnica tiene un foco interpersonal, y se ha utilizado especialmente en el contexto de la terapia familiar. Se basa en la idea de que las familias elaboran y desarrollan sistemas de constructos compartidos, a través de la negociación y la co-construcción del significado de la experiencia. El nudo del problema tiene un doble foco de evaluación: a) el significado que cada miembro del sistema atribuye a las acciones del otro, y

b) la relación de implicación entre este significado y sus propias acciones. Se entiende que la construcción individual de uno de los miembros de la familia guía su elección y valida a su vez la conducta del otro.

2.3. Técnica de la Rejilla

La Técnica de la Rejilla ([TR]; Kelly, 1955/1991) es, de todas las técnicas de evaluación constructivista, la más utilizada (Botella y Feixas, 2008). Se desarrolló como un instrumento dirigido a la exploración de las redes de significado con las que cada persona percibe e interpreta la realidad. A través de la TR se pueden evaluar las dimensiones y la estructura de los significados personales mediante la explicitación de los constructos con los que la persona organiza su mundo (Feixas y Cornejo, 1996).

La TR se concibe como un instrumento de evaluación de gran versatilidad y gran coherencia teórica, por lo que puede utilizarse en campos de investigación tan diversos como ciencias de la salud, computación, ingeniería, turismo, negocios, religión, arte, deporte, agricultura, educación y, por supuesto, psicología (Fransella, Bell, y Bannister, 2004; Jankowicz, 2004; Saúl et al., 2012).

Según recogen Neimeyer, Baker y Neimeyer (1990) de los 1.700 estudios sobre psicología de los constructos personales publicados hasta 1990 más de 1.000 utilizan la TR como instrumento de evaluación. Recientemente, López-González (2016), en un excelente trabajo de revisión acerca de la utilización de la TR, encuentra 3.169 trabajos publicados utilizando esta técnica entre los años 1955 y 2013. Esta autora recoge el aumento progresivo de la actividad investigadora con la TR desde su desarrollo hasta el año 2000, así como una

tendencia a la estabilización en los últimos años que podría corresponder con lo que se conoce como patrón de madurez científica (Prince, 1963, en López-González, 2016).

La TR se asemeja más a una entrevista estructurada que a un test psicométrico. Permite formalizar el proceso de conocer y comprender a otra persona y asigna valores matemáticos a las relaciones entre los constructos.

La rejilla es una matriz de datos, una tabla de doble entrada compuesta por columnas, donde se recogen los elementos que configuran la muestra representativa de personas, eventos, situaciones u objetos en un dominio determinado de la experiencia de la persona, y por filas, donde se sitúan las dimensiones bipolares (constructos) que la persona utiliza para dotar de significado a la variedad de elementos de las columnas (ver Figura 2). En las casillas que se forman en la intersección entre filas y columnas se recogen las puntuaciones de cada elemento en cada constructo.

2.3.1. Diseño de la rejilla

La TR es más una metodología que un instrumento, por lo que puede tomar múltiples formas en función de los propósitos del entrevistador y del tipo de constructos que pretenda estudiar. Por este motivo antes de la aplicación de una rejilla es necesaria una fase de diseño que permita adecuarla de forma concreta a los objetivos que se pretende conseguir.

En esta etapa de diseño se tomarán decisiones acerca del tipo de elementos, constructos y puntuaciones a elegir, para que reflejen los intereses del entrevistador y las características personales del entrevistado (Feixas y Cornejo, 1996).

Respecto a la elección de los elementos, es fundamental que éstos se encuentren dentro del ámbito de conveniencia de los constructos que se pretende obtener y, por supuesto, que sean representativos del área que se quiera investigar (Fransella et al., 2004). Es habitual que los elementos se generen de un modo específico en cada evaluación mediante una entrevista previa, aunque también es posible proponerlos de un modo apriorístico, bien por conocimiento previo del sujeto o bien para poder establecer elementos estándares que permitan la comparación en los diseños de grupos (Fernández Ballesteros, 1999).

Los elementos pueden ser casi cualquier cosa, dependiendo del contexto de exploración. Se han utilizado como elementos diferentes estadios de la vida (Neimeyer, 1985), siluetas corporales (Fransella, 1978), fotografías de personas (Bannister, 1962; Salmon, Arnold, y Collyer, 1972), enfermedades (Orley y Leff, 1972), colores (Salmon et al., 1972), sentimientos (Fransella y Adams, 1966), perfiles profesionales (Heckmann y Höft, 2016) o, incluso, láminas del test del Rorschach (Salmon et al., 1972), entre otros.

En el ámbito clínico los elementos suelen ser personas significativas del mundo de la persona o de su problema, ya que los constructos más nucleares de la persona se encuentran en la construcción del sí mismo y de los otros, por lo que se produce un diseño llamado Técnica de la Rejilla Interpersonal ([TRI]; Feixas y Cornejo, 1996).

Respecto a la selección de los constructos, es fundamental decidir si se utilizarán constructos preparados a priori o si se obtendrán directamente del sujeto. Este último caso se utiliza especialmente cuando el interés está centrado en la construcción personal que hace el sujeto, con un enfoque ideográfico. En el caso de que los constructos sean aportados por el investigador de antemano estos deberán responder a las comunalidades del grupo que se está

estudiando o un marco teórico que dicte los criterios conceptuales. El problema de este último enfoque tiene que ver con la dificultad para evaluar los constructos personales de alguien a partir de etiquetas del investigador, que el sujeto puede no reconocer como propias (Feixas y Cornejo, 1996).

La TR permite que las personas puedan, durante la entrevista, expresar su propio punto de vista en sus propios términos y además, el investigador puede indagar qué es lo que la persona quiere decir al utilizar esos términos. Para esto se basa en las puntuaciones de la TR y sus relaciones entre ellas. Cada elemento de la rejilla es puntuado en cada uno de los constructos, por lo que permite dibujar una imagen bastante acotada de qué es lo que la persona quiere decir en el ámbito en que se construye la rejilla (Jankowicz, 2004). El tipo de escala para la fase de puntuación va a depender de la clase de análisis matemático a realizar; ésta puede ser dicotómica, ordinal o de intervalo (Botella y Feixas, 2008).

2.3.2. Aplicación de la rejilla

Como se señalaba previamente, la aplicación de la TR habitualmente toma la forma de una entrevista estructurada en la que interactúan entrevistador y entrevistado. Por esta razón es recomendable facilitar un contexto relajado que permita a la persona elaborar sus impresiones sin que se transmita la impresión de ser juzgado.

La aplicación de la TR consta de tres fases: obtención de elementos, obtención de constructos y puntuación de la rejilla. Se tomará como ejemplo la TRI para ilustrar el proceso de administración.

La generación de los elementos de una TRI supone la provisión de una lista de roles interpersonales relevantes para la persona, así como algunos elementos del Yo relevantes en la

construcción del sí mismo. La propia selección de estos roles (y la omisión de algunos) va a proporcionar en sí misma información muy útil a tener en cuenta. Puede resultar útil pedirle a la persona que vaya escribiendo en unas tarjetas los roles que se van generando, ya que esto facilitará posteriormente la presentación de elementos para obtener los constructos.

Una vez obtenidos los elementos, se continúa con la fase de generación de los constructos. Existen tres formas principales para generar los constructos (Feixas y Cornejo, 1996; Rivas, 1981): la comparación triádica, propuesta por Kelly, de la que existen más de seis versiones, la comparación diádica y la monádica. La comparación triádica consiste en presentar tres elementos y preguntar en qué se parecen dos elementos y que a su vez los diferencia del tercero. La generación por díadas consiste en presentar dos elementos y realizar preguntas de similitud y de diferencia entre ambos. La respuesta que da el sujeto proporciona el primer polo del constructo, el polo emergente. Posteriormente se le pregunta a la persona cuál es, en su opinión, el opuesto de este polo que ha generado. De esta forma se obtiene el segundo polo o polo de contraste. La elicitación monádica, o con un único elemento, consiste en pedirle al sujeto que describa la personalidad o forma de ser de cada elemento, y preguntarle por sus opuestos.

Mediante estos procesos se van obteniendo los dos polos de cada uno de los constructos, que se anotan en las filas de la matriz de datos (ver Figura 2) hasta que el sujeto alcanza su punto de saturación, en el cual comienzan a repetirse los constructos, lo que marca el momento ideal para terminar la entrevista.

hora de aplicar los constructos a los elementos y no obliga a hacer discriminaciones cuando éstas no tienen sentido. La Figura 2 muestra un ejemplo de TRI cumplimentada por un sujeto.

2.3.3. Análisis de la rejilla

Una vez finalizada la administración de la TR, se procede al análisis de los datos. Para ello, es posible realizar una aproximación de tipo cualitativo así como obtener distintas medidas cuantitativas (Botella y Feixas, 2008; Neimeyer, 1996). A continuación se exponen algunos de los análisis más habituales de ambas aproximaciones.

2.3.3.1. Análisis cualitativo

La mayoría de las investigaciones dentro de la TCP se dirigen a analizar las variaciones en los constructos y elementos utilizando medidas estructurales (Green, 2004). A pesar del amplio potencial de la TR en cuanto a análisis de contenido, se han realizado bastantes menos investigaciones en relación al contenido que a los índices matemáticos.

Botella y Feixas (2008) proponen distintas aproximaciones al análisis de contenido de las rejillas de forma cualitativa: análisis del número de elementos para obtener información sobre la extensión de la red de relaciones interpersonales del sujeto; análisis del número de constructos, que proporciona una primera impresión de la complejidad del sistema de construcción (un sujeto que disponga de un sistema de constructos diferenciado, es decir, de bastante cantidad de ellos, posee bastantes avenidas de movimiento y construye su mundo interpersonal de forma multidimensional; sin embargo, un sujeto que sólo consiga generar un escaso número de constructos da una imagen de alguien con menos alternativas disponibles y con una percepción de su mundo interpersonal reducida); análisis del contenido temático de los constructos, para obtener información de cuáles son las áreas del sistema de construcción de la

persona con mayor grado de estructura y mayor relevancia personal; alternativas conductuales ofrecidas por los constructos, para considerar qué alternativas dejan abiertas a la conducta del sujeto; o análisis de los valores indicados por el polo preferido de los constructos (la evaluación del elemento yo ideal en cada constructo permite hacerse una idea de los valores del sujeto).

A continuación se centrará la exposición en las principales características del análisis del contenido temático de los constructos, siguiendo el trabajo de Green (2004).

Krippendorff (2004, p. 382) define el análisis de contenido como “una técnica de investigación para hacer inferencias válidas y replicables de textos (y otros materiales con significado) en su contexto”. De esta definición se desprenden como características fundamentales que: a) los resultados de un análisis de contenido deberían poder replicarse; b) el análisis debería medir lo que afirma medir; y c) el análisis de contenido no se limita a datos de textos (Green, 2004).

Green (2004) distingue tres aproximaciones básicas para el análisis de contenido:

1. Contar la frecuencia de palabras. En el caso de la TR es la aproximación menos útil dado el relativamente escaso número de palabras en una rejilla.
2. Examinar la co-ocurrencia de palabras. Como en el caso anterior, es más útil para textos largos.
3. Codificación de unidades de texto (palabras, frases o párrafos) utilizando algún tipo de esquema de codificación. Esta última aproximación es la más utilizada en investigación con la TR.

Los sistemas de codificación y clasificación de contenido son de gran utilidad en el análisis de la TR, ya que permiten identificar qué áreas temáticas de los constructos son codificadas y ver qué áreas no se identifican (Feixas, Geldschläger, y Neimeyer, 2002). El análisis cuantitativo clásico de la estructura del sistema de constructos puede completarse con un sistema de codificación que permita un análisis categórico y cualitativo del contenido de esos constructos.

El análisis de contenido de las rejillas puede estar guiado por la teoría o por los datos. El primero clasifica los datos en función de categorías basadas en una teoría preexistente. En esta línea se han utilizado distintas aproximaciones, muchas de ellas utilizando un número pequeño de categorías de codificación. Por ejemplo, Little (1968) categorizó los constructos en “psicológicos” y “de rol”, mientras que Walker, Ramsey y Bell (1988) codificaron constructos en base a si se referían a “gente” o a “problemas”, o si eran “globales” y “subordinados”. Este tipo de análisis permite una mayor posibilidad de aplicación por otros y hace asunciones explícitas (Green, 2004).

Cuando el análisis está guiado por los datos, se desarrollan categorías de clasificación a partir de los datos brutos. Esta aproximación se ha desarrollado especialmente en el campo de los negocios (Honey, 1979; Jankowicz, 2004; Wright, 2004). El procedimiento para crear las categorías de contenido según este tipo de análisis consiste en tomar cada rejilla de forma individual y escribir cada constructo obtenido en una hoja de papel separada. Tras esto, se ordenan los constructos en grupos de contenido similar. Se recomienda que existan al menos dos codificadores diferentes y que se pongan en común los desacuerdos para aumentar el potencial de los códigos desarrollados (Honey, 1979). En este proceso, se desarrolla inicialmente el sistema de categorías a partir de los datos, y posteriormente se distribuyen los

constructos fiablemente en las categorías. Esta aproximación presenta la ventaja de que las categorías reflejan los constructos a partir de los cuales han sido creadas, y son cercanas a los datos brutos. Además, permite no forzar los datos dentro de categorías predeterminadas. A pesar de estas ventajas, este tipo de análisis reduce la posibilidad de replicar los datos obtenidos, además de que puede presentar dificultades a la hora de resolver desacuerdos entre distintos evaluadores.

Existen dos grandes sistemas de clasificación generales (Green, 2004). El primero de ellos, desarrollado por Landfield (1971) consiste en un sistema de 32 categorías, con subcategorías para incluir tiempo (pasado, presente y futuro) y grado (bajo y alto). Se ha utilizado en su totalidad y parcialmente en la investigación en diversos ámbitos, como en individuos con tartamudez (Fransella, 1972), agresores sexuales (Horley, 1988), suicidio (Landfield, 1976) y psicoterapia (Winter, 1992). A pesar de su uso, Feixas et al. (2002) han descrito varios inconvenientes que limitan su utilización: el uso de categorías no exclusivas; la naturaleza no comprehensiva del sistema de categorías (las categorías con un ratio de consenso del 62% o menor entre jueces se eliminaron); el tratamiento de los dos polos del constructo como categorías separadas, no relacionadas, más que la codificación de los constructos como dimensiones completas de significado; el uso mixto de categorías relacionadas en diferentes niveles de abstracción; y la combinación no sistemática de aspectos formales y de contenido. Teniendo en cuenta estas limitaciones, Feixas, Geldschläger, Carmona, y Garzón (2002) desarrollaron el Sistema de Categorías para Constructos Personales (SPCC). Se trata de un sistema jerárquico de seis categorías (moral, emocional, relacional, personal, intelectual/operacional, y de valores e intereses), con 45 subcategorías, para codificar constructos psicológicos. En el desarrollo de este sistema se utilizó la siguiente metodología: los

constructos se codificaron como entidades bipolares y se utilizaron codificadores independientes que tuvieron un entrenamiento de 3 horas, lo cual contribuyó al alto porcentaje de acuerdo entre ellos (0,87). Haritos, Gindidis, Doan y Bell (2004) han obtenido niveles similares de acuerdo al estudiar los constructos que se generan en rejillas donde se conocían los elementos y donde sólo se especificaba el rol.

Por otra parte, Neimeyer, Fontana y Gold (1984) desarrollaron un sistema de 25 categorías para la codificación de constructos sobre la muerte. En la parte final de su desarrollo se utilizaron tres codificadores independientes y a partir de sus resultados se añadieron algunas categorías y se anularon otras. El grado de acuerdo entre los codificadores fue de 0,81 – 1,0. Aunque este sistema de categorías tiene una serie de limitaciones, su publicación sobre cómo un gran número de palabras fueron codificadas fue de gran interés. Además su transparencia y reproducibilidad era mucho mayor que en otros sistemas de codificación (Green, 2004).

Existen algunas consideraciones generales a la hora de elegir el tipo de análisis de contenido (Green, 2004; Viney, 1983) desde la perspectiva de los constructos personales: considerar si el foco debería estar en un polo del constructo, en ambos polos o en el constructo como una única entidad; no enfatizar el uso de etiquetas de una sola palabra para describir las construcciones, con el fin de garantizar una descripción más completa del significado que construye cada individuo; utilizar estadísticos apropiados que tengan en cuenta los acuerdos por azar para medir la fiabilidad interjueces (Jankowicz, 2004); y utilizar múltiples codificadores independientes para aumentar la replicabilidad de los datos.

2.3.3.2. Análisis cuantitativo

Además de los análisis cualitativos, la TR permite realizar gran cantidad de análisis cuantitativos de gran complejidad, para los que se han desarrollado numerosos programas informáticos, entre los que se encuentran: INGRID (Slater, 1972), FOCUS (Thomas y Shaw, 1976), GAB (Higginbotham y Bannister, 1983), CIRCUMGRIDS (Chambers y Grice, 1986), G-PACK (Bell, 1987), REPGRID (Thomas y Shaw, 1976), FLEXIGRID (Tschudi, 1995), RECORD (Feixas y Cornejo, 1996; Feixas, Cornejo, y Laso, 2012), etc.

La ventaja de estos índices es que aportan una apreciación cuantitativa de cómo se valora la persona en sus propios términos, frente a otras escalas cuantitativas tradicionales en las que la puntuación es establecida a priori de antemano por el investigador en base a lo que él mismo defina como objeto de estudio (Feixas y Cornejo, 1996; Trujillo, 2016).

Uno de los análisis matemáticos que el programa RECORD (Feixas y Cornejo, 1996; Feixas et al., 2012) permite obtener es el Análisis de Correspondencias (AC). Éste consiste en una técnica de factorialización multidimensional con el objetivo principal de reducir a una pocas dimensiones el conjunto de los datos obtenidos, explicando el máximo de la varianza posible. Una de las principales ventajas del AC frente a otros métodos de factorialización (como el análisis de componentes principales) es que realiza una computación conjunta de los elementos y los constructos en el mismo espacio matemático, y permite su análisis conjunto de forma coherente (Feixas y Cornejo, 1996). El AC proporciona el cálculo de cinco ejes, equivalentes a los factores o componentes de un análisis de componentes principales. Además de estos datos, permite obtener representaciones duales de los elementos y constructos de cada eje, así como la

graficación conjunta de los dos ejes principales (ver apartado 6.5., Figuras 8 y 9, para un ejemplo de este último tipo de gráficos).

Además del AC, se han aplicado otras formas de análisis multivariante a los datos de la TR, desde el análisis factorial clásico ya mencionado (análisis de componentes principales), hasta el escalamiento multidimensional, o el análisis de conglomerados (que también se incluye en el programa RECORD). Todos ellos intentan proporcionar una imagen gráfica y lo más global posible de la estructura de los constructos estudiados en la rejilla, una especie de mapa del mundo de significados de la persona (Feixas y Cornejo, 1996).

El simple análisis de las matrices de correlaciones y de distancias que aporta la TR proporciona ya gran cantidad de información valiosa sobre las relaciones que mantienen los constructos (o los elementos) entre ellos. Una de las limitaciones del uso de correlaciones para evaluar la relación entre constructos (o elementos) es que éstas no son adecuadas para la realización de operaciones matemáticas entre ellas al no poseer cualidades conmutativas (Trujillo, 2016), además de que la correlación puede producir un artefacto estadístico basado en los patrones de covarianzas. En este sentido, cobran especial importancia las matrices de distancias euclidianas calculadas con el programa RECORD 5.0 (Feixas et al., 2012), que permiten subsanar estas dificultades del uso de correlaciones.

2.3.3.2.1 Índices de medida cognitivos

A continuación se presentan algunos de los índices de medida cognitivos más relevantes extraídos del análisis matemático de la TR con el programa RECORD 5.0, divididos en dos grupos: medidas de construcción del sí mismo y medidas de la estructura cognitiva. Para una

revisión más extensa de estos índices y la bibliografía sobre ellos véase Feixas y Cornejo (1996) y Winter (1992) entre otros.

A. Construcción del sí mismo

Mediante la TR se puede explorar y evaluar la construcción que hace el sujeto de sí mismo desde su propio punto de vista. En el caso de la TRI, utilizada como ejemplo, pueden elegirse algunos elementos relacionados con el Yo como “Yo actual”, “Yo ideal”, “Yo antes del problema”, etc., además de otras figuras significativas para la persona (padre, madre, hermanos...), ya que la diferenciación del self se hace por oposición al otro (Buttle, 1985, citado en López-González, 2016). La medida del Yo actual puede reflejar la autodefinición que hace el propio sujeto para llegar a conocer qué piensa la persona de sí misma, sus valores, intereses, cómo concibe las relaciones, sus virtudes y defectos... su red de significados personales.

En base a las relaciones entre elementos, Feixas y Cornejo (1996) y Feixas y Botella (2008) proponen una serie de índices que permiten una aproximación cuantitativa a la construcción que la persona hace de sí misma:

- *Correlación Yo actual – Yo ideal*: se considera un índice de autoestima ya que da cuenta de la valoración que hace el sujeto sobre sí mismo. Se mide a través de la correlación producto momento (Pearson) entre los elementos Yo actual y Yo ideal. Una correlación positiva se considera indicativa de un funcionamiento óptimo a nivel afectivo y de bienestar subjetivo; en cambio, una negativa refleja insatisfacción, malestar psicológico y baja autoestima en general.
- *Distancia/Disimilaridad Yo actual – Yo ideal*: este índice ha comenzado a utilizarse como medida de autoestima para superar algunas de las limitaciones del anterior,

mencionadas previamente. Las distancias euclidianas han demostrado buenos resultados en la replicación de estudios en que se utilizaban índices de construcción del sí mismo como el presente y los dos siguientes (Corella, 2012, mencionado en Trujillo, 2016).

- *Correlación Yo actual – Otros*: aunque pueden encontrarse las desventajas mencionadas derivadas de la utilización de correlaciones, este índice puede considerarse una medida del aislamiento social autopercebido (Feixas y Cornejo, 1996; Feixas et al., 2003). Una correlación negativa puede considerarse un indicador de la soledad del sujeto, ya que significa que comparte pocos aspectos con sus personas significativas (Feixas, Erazo-Caicedo, Harter, y Bach, 2008), mientras que una correlación positiva indica buenas relaciones interpersonales ya que el Yo se identifica con los demás (Feixas et al., 2003).
- *Correlación Yo ideal – Otros*: se considera un indicador de la adecuación percibida en los otros y muestra el grado de concordancia de las personas relevantes del sujeto con su Yo ideal (Feixas y Cornejo, 1996; Feixas et al., 2003). Una correlación baja o una negativa indica insatisfacción con las personas que le rodean, pero también puede ser indicativo de un ideal demasiado ensalzado y poco realista. Por el contrario, una alta correlación positiva indica que los “otros son adecuados al ideal”.

B. Índices de estructura cognitiva

La TR permite obtener una serie de índices que describen algunas características relacionadas con la estructura del sistema de constructos o el peso de un constructo determinado dentro del sistema (Feixas y Cornejo, 1996).

- *Índice de Polarización*: Indica el porcentaje total de puntuaciones extremas (p.ej., 1 o 7 en una escala de 7 puntos) de la matriz de datos. El uso de puntuaciones extremas refleja el grado de significación subjetiva de los constructos y los elementos (Bonarius, 1977, citado en Saúl, 2006). La polarización en el uso de un constructo sugiere que éste es muy significativo ya que permite definir con sus valores máximos a la mayoría de los elementos. Cuando se considera este índice en su valor global puede ser indicativo del grado de rigidez en el pensamiento, lo que se ha asociado a psicopatología, como la gravedad de los síntomas depresivos (Neimeyer, 1985; Neimeyer y Feixas, 1992).
- *Índice de Indefinición*: Consiste en el porcentaje de puntuaciones medias (p. ej., 4 en una escala de 7 puntos), en las que el sujeto no ha podido situar un elemento en uno u otro polo del constructo. La constricción o indefinición en un constructo indica la poca utilidad que este posee como eje de discriminación. Un índice global de indefinición elevado indica una dificultad operativa del sistema de construcción, al no poder dar sentido a los elementos de una forma significativa, lo que implicaría un nivel alto de ansiedad al no disponer de un sistema de constructos que permita anticipar los acontecimientos con una mínima seguridad (Botella y Feixas, 2008).

El estudio de la complejidad cognitiva del sistema de constructos ha recibido gran atención desde la perspectiva de la TCP. El concepto de complejidad cognitiva fue inicialmente propuesto por Bieri (1955), haciendo referencia a la diferenciación del sistema de constructos personales, a la capacidad para utilizar este sistema de forma multidimensional. Se asume que una persona será más compleja cognitivamente cuantos más ejes de constructos funcionalmente independientes utilice (Botella y Feixas, 2008). Desde el planteamiento inicial, las

aproximaciones al concepto de complejidad se han diversificado. Respecto a su generalizabilidad, algunos autores defienden la idea de la complejidad como una cualidad estructural que se desarrolla a través de la socialización y que es generalizable (Bieri, 1955), mientras que otros autores abogan por un concepto de complejidad cognitiva como cualidad de un subsistema de constructos referente a un dominio particular (Gallifa y Botella, 2000). A continuación se presentan tres de los índices más conocidos de diferenciación cognitiva:

- *Índice de Bieri* (Bieri, 1955; Bieri et al., 1966): Se obtiene comparando las puntuaciones de cada elemento en cada constructo y sumando un punto por cada coincidencia. Este índice fue el más utilizado hasta los años setenta. Para su cálculo se utiliza la comparación elemento por elemento para cada par de filas (constructos) de la rejilla, anotando un punto por cada coincidencia, obteniendo el índice global con la suma total de puntuaciones. El problema de este índice consiste en que al estar basado en la suma, va a depender del tamaño de la rejilla, no siendo adecuado su uso con puntuaciones escalares (López-González, 2016).
- *Índice de Intensidad* (Bannister, 1960, 1962): Fue desarrollado inicialmente por Bannister (1960) en relación a los conceptos de rigidez y laxitud de las construcciones, entendiendo que niveles bajos de intensidad indicaban trastornos del pensamiento característicos de pacientes esquizofrénicos. Se calcula elevando al cuadrado cada una de las correlaciones entre cada par de constructos de la rejilla y sumando las puntuaciones obtenidas. Sin embargo, Feixas y Cornejo (1996) encuentran que este índice, tomado como puntuación global, refleja en qué medida varios constructos discriminan lo mismo, en qué medida la construcción del sujeto es multidimensional, y destacan la confusión en el uso de este índice, ya que

puntuaciones bajas en intensidad pueden ser indicativas también de elevada complejidad cognitiva. Tomado de forma individual, comparando la intensidad de un constructo con todos los demás, se puede considerar como indicador de la centralidad o importancia del constructo.

- *Porcentaje de Varianza Explicado por el Primer Factor (PVEPF)*: Permite identificar la magnitud de la principal dimensión de significado en el sistema de constructos de la persona. Esta medida es derivada del AC. Puntuaciones altas en el PVEPF (por encima del 47%) sugieren cierto grado de unidimensionalidad del sistema, mientras que puntuaciones bajas indican una mayor diferenciación (Feixas, López-Moliner, Navarro, Tudela, y Neimeyer, 1992).

Por otro lado, diversas investigaciones han planteado la concepción de la complejidad cognitiva como un factor bidimensional en el que, además de la diferenciación, juega un papel relevante la integración cognitiva (Adams-Webber, 1979; Feixas y Cornejo, 1996; Gallifa y Botella, 2000). Adams-Weber (1979) entiende que la diferenciación corresponde al número de dimensiones funcionalmente independientes que están disponibles para el sujeto durante su proceso de construcción interpersonal. No obstante, plantea la necesidad de cierta integración entre estas dimensiones independientes, que sería de carácter jerárquico, y que vendría dada por los constructos supraordinados que dotan de coherencia al sistema. A pesar de lo aceptado de este planteamiento, no existe actualmente ninguna medida bien desarrollada que permita dar cuenta de la integración o estructura jerárquica del sistema de constructos (Feixas y Cornejo, 1996; Kovářová y Filip, 2015). En la actualidad, se propone considerar la complejidad cognitiva dentro de un continuo que va hasta la simplicidad, pero que puede contener indicadores tanto de diferenciación como de integración (Kovářová y Filip, 2015).

2.3.3.2.2 Índices de conflicto cognitivo

Los conflictos cognitivos y su relación con el bienestar psicológico han sido un tema de gran interés para los planteamientos constructivistas. Diversos autores han realizado aportes importantes al estudio de los conflictos cognitivos (Bassler, Krauthauser, y Hoffman, 1992; Krauthauser, Bassler, y Potratz, 1994; Lauterbach, 1975; Sheehan, 1981; Slade y Sheehan, 1979).

Autores como Bannister (1960,1962), Adams-Webber (1970; 1981), Carroll y Carroll (1981) o Space y Cromwell (1978) han estudiado distintas medidas de estructura cognitiva (integración, fragmentación, desorganización y equilibrio del sistema) como posibles formas de comprender la relación entre el conflicto cognitivo y la salud mental (Feixas, Saúl, y Ávila-Espada, 2009).

Existen distintos índices aportados por la TR que permiten la exploración de los conflictos cognitivos y su relación con los problemas clínicos y de salud, que pueden utilizarse en la formulación de casos y en el proceso terapéutico desde la perspectiva de la PCP (Feixas, Saúl, et al., 2009). Dos tipos de conflicto habitualmente estudiados son los constructos dilemáticos, que se dan cuando ninguno de los dos polos de un constructo se valora como deseable y por lo tanto no ofrecen ninguno un curso claro de acción (Feixas y Saúl, 2004), y los dilemas implicativos, que se presentan cuando se establece una asociación entre dos constructos de forma que el cambio (deseado) en uno de ellos supondría un cambio (no deseado) en otro constructo donde la persona se sitúa en un polo que no quiere cambiar, por lo tanto, este cambio resultaría incongruente con el sentido de identidad. Dado que los conflictos cognitivos no

constituyen el objetivo del presente trabajo, no se describirán con detalle. Para una revisión en profundidad, se remite a los trabajos de Feixas y Saúl (2004), Saúl (2006) y Feixas et al. (2009).

2.3.4. Fiabilidad y validez de la rejilla

Para describir los principales aspectos relacionados con la fiabilidad y validez de la TR se seguirán las exposiciones que realizan Saúl (2006) y Trujillo (2016) al respecto.

Tal como señalan Feixas y Cornejo (1996) gran parte del uso que se hace de la TR tiene una finalidad ideográfica, lo que resta importancia y añade dificultad a la hora de establecer elementos de fiabilidad y validez. Conceptos imprescindibles al hablar de otras técnicas, como la fiabilidad test-retest, pierden parte de su utilidad al hablar de fiabilidad o validez de la TR en su conjunto, por lo que se hablará de fiabilidad de los distintos compontes de la rejilla y de diferentes tipos de validez.

2.3.4.1. Fiabilidad de la técnica de rejilla

Desde una concepción clásica, la fiabilidad pretende apreciar la estabilidad de un instrumento de medida, y mide la correlación entre las puntuaciones empíricas en dos formas paralelas de un test o, entendida como estabilidad temporal, la concordancia de las medidas tomadas en dos momentos distintos, ya que no existe mayor grado de paralelismo entre dos test que cuando el mismo cuestionario es aplicado dos veces (Abad, Olea, Ponsoda, y García, 2011). Sin embargo, la TR tiene como finalidad ser un instrumento de medida sensible al cambio.

Parece claro que la estabilidad no está en las medidas, sino en lo que se mide. Kelly (1955/1991) defendía la necesidad de mantener un equilibrio entre la estabilidad y la sensibilidad al cambio cotidiano; lo que interesa es predecir lo que permanecerá estable y lo que

ha de cambiar (Mair, 1964, citado en Saúl, 2006). Así, tal y como consideran Fransella et al. (2004), la fiabilidad se convierte en un aspecto más de la validez, de forma que al evaluar la estabilidad de las puntuaciones de la TR, el objetivo no sería tanto obtener una réplica de los resultados, sino identificar adecuadamente los cambios producidos en las puntuaciones y ser capaz de explicar qué es lo importante de ese cambio. En el contexto clínico, entender la forma en la que el cliente construye es prioritario, y la precisión y la fiabilidad interesan como indicadores del grado de cambio.

Ante la dificultad de hablar de fiabilidad como concepto generalizado, se habla de fiabilidad de los elementos, de los constructos y de las puntuaciones, y de la fiabilidad de los índices de medida que resultan del análisis matemático de la TR. Adicionalmente, siempre será necesario especificar cuál es el diseño utilizado, el contexto en el que es aplicado, en qué condiciones se analizan los datos y de qué manera; solo entonces se podrá hablar de la fiabilidad de ese modelo de rejilla en particular (Feixas y Cornejo, 1996; Fransella et al., 2004).

A. Fiabilidad de los elementos

Parece existir cierta estabilidad en la generación de elementos, que se explica principalmente por el rol que cumplen dentro del mundo interpersonal de la persona evaluada (Feixas y Cornejo, 1996).

Acerca de la estabilidad de los elementos, Pedersen (1958) y Fjeld y Landfield (1961) encontraron que los elementos obtenidos a partir de un listado de roles se mantenían estables en el 77% y 71% respectivamente de las rejillas tras una semana desde la primera aplicación.

Bell, Vince y Costigan (2002) plantean que, en diversas condiciones, los elementos pueden contribuir más que los constructos en la varianza de los datos de la rejilla. Compararon

rejillas con elementos preestablecidos con rejillas con elementos generados, además de comparar si las puntuaciones se realizaron constructo a constructo o elemento a elemento. En general, la varianza asociada a los elementos fue significativamente mayor, incluso más amplia cuando los elementos fueron definidos a través de listados de roles.

B. Fiabilidad de los constructos

Al igual que se ha hecho con los elementos, existen diversos estudios acerca la estabilidad de los constructos. Fjeld y Landfield (1961), en un estudio en el que se aplicaba un retest tras dos semanas, encontraron un 80% de estabilidad en los constructos obtenidos mediante el método diádico.

Bonarius (1965) llevó a cabo una revisión de estudios en los que comparaba el contenido de constructos generados en diferentes ocasiones. Encontró resultados favorables con distintos procedimientos y con diferentes intervalos de tiempo, estando los porcentajes de similitud entre el 47,7% y el 69% y coeficientes de entre 0,61 y 0,95.

Respecto a la consistencia de los constructos al variar los elementos, Bannister y Mair (1968) encontraron porcentajes de similitud y coeficientes de retest relativamente elevados (0,69, 0,73, 0,91) en constructos puntuados con elementos diferentes aunque del mismo tipo (fotografías y objetos).

Neimeyer y Hagans (2002) llevaron a cabo un estudio en el que evaluaron distintas condiciones en la aplicación y puntuación de dieciséis versiones diferentes de la TRI. Exploraron las diferencias entre la generación triádica y diádica de los constructos y evaluaron si existían diferencias en los constructos en función de si el método utilizado para obtener el constructo se basaba en los opuestos o en las diferencias. Encontraron mayores niveles de

diferenciación cognitiva cuando la obtención se realizó con el método de preguntar diferencias en comparación con el método del opuesto. Respecto a la comparación entre método triádico y diádico, sólo encontraron diferencias al analizar su interacción con otras condiciones como el método de obtención y la dirección en que se realizaban las puntuaciones.

Recientemente, Saúl, Perea-Luque y López-González (2016), en un estudio en el que comparan (a una semana, tres y seis meses) el cambio en el orden de importancia que otorga un sujeto a los constructos, encuentran que los constructos más estables son los que el sujeto considera los más y los menos relevantes, mientras que la mayor variación se encontraría en los constructos con una importancia subjetiva intermedia.

C. Fiabilidad de las puntuaciones

En cuanto a la fiabilidad de las escalas empleadas, Mair y Boyd (1967) encontraron resultados similares utilizando datos dicotómicos y ordinales; del mismo modo que Rivas y Jornet (1982), quienes, comparando datos dicotómicos, ordinales y de escalas de intervalo, concluyeron que las escalas de entre 5 y 9 intervalos poseen mayor fiabilidad, mientras que la de 100 puntos fue la menos adecuada.

Neimeyer y Hagans (2002) evaluaron las diferencias en la dirección de la puntuación, en función de si ésta se realizaba constructo por constructo o elemento por elemento. Encontraron que la dirección en la que se realiza la puntuación tiene un efecto significativo en la diferenciación cognitiva, cuando la obtención se realiza mediante el método triádico y si se pregunta por las diferencias entre los elementos. Neimeyer, Neimeyer, Hagans y Van Brunt (2002) confirmaron niveles mayores de diferenciación asociados a la puntuación en vertical, manteniendo un elemento constante mientras se valora cada uno de los constructos hacia abajo.

Bell et al. (2002) encontraron que los mayores efectos en cuanto al aumento de la varianza en los datos se explicaban por variaciones en el método de generación de los elementos más que por el método de puntuación utilizado.

D. Fiabilidad de los índices de medida

Respecto a los índices de construcción del sí mismo, las correlaciones realizadas entre los elementos Yo actual y Yo ideal muestran una adecuada estabilidad en distintos estudios. En este sentido, Sperlinger (1976) encontró una $r = 0,87$ ($n = 18$), mientras que Feixas et al. (1992) encontraron una $r = 0,92$ ($n = 82$). Estos resultados fueron confirmados por Caputi y Keynes (2001), en dos aplicaciones (tras una y dos semanas), con correlaciones entre $r = 0,61$ y $0,81$ ($n = 85$).

Otros índices de construcción del sí mismo también han mostrado una adecuada estabilidad. Es el caso de la comparación Yo actual – Otros, con la que Feixas et al. (1992) encontraron una estabilidad de entre $0,85$ y $0,94$.

Respecto a los índices de estructura cognitiva, uno de los más estudiados ha sido el PVEPF. Feixas et al. (1992), tras pasar la TRI en tres intervalos (una hora, una semana y un mes), informaron de una correlación media de $0,67$ para este índice. Smith (2000), utilizando dos intervalos de tiempo, de seis meses y un año, encontró una estabilidad general para el PVEPF de $0,77$. Caputi y Keynes (2001) encontraron que la estabilidad global del PVEPF fue de $0,88$.

En cuanto al índice de polarización, Feixas et al. (1992) encontraron una correlación global de $r = 0,81$ en los diferentes intervalos utilizados. Caputi (2001) encontró resultados similares, con correlaciones de $r = 0,86$.

2.3.4.2. Validez de la técnica de la rejilla

Desde la perspectiva de la TCP, Kelly propuso la equiparación del concepto de validez con el de utilidad y la comprensión de las construcciones como el principal objetivo de cualquier metodología de evaluación (Feixas y Cornejo, 1996; Fransella et al., 2004). Al convertir la utilidad en un aspecto central de la validez, se abre la posibilidad de centrar la atención en los valores personales que se reflejan en el cuestionario, en lugar de hacerlo en la correlación entre el test y un criterio (Bannister y Bott, 1973).

Fransella et al. (2004) plantean que, en la medida en que la rejilla puede adoptar diferentes formas según su diseño, contexto, administración, etc., no es posible generalizar el concepto de validez a la totalidad de las rejillas.

En base a la revisión llevada a cabo por Feixas y Cornejo (1996), y seguida posteriormente por Saúl (2006) y Trujillo (2016), a continuación se resumen algunas evidencias sobre la validez de la TRI.

2.3.4.2.1 Evidencias de validez basadas en el contenido

Yorke (1985) considera este tipo de validez “problemática” en la TR, refiriendo que es difícil conocer si los elementos o constructos utilizados son representativos del mundo de significados del sujeto.

Feixas y Cornejo (1996) entienden que la TRI es un instrumento de evaluación muy coherente con la teoría de la que se deriva. Advierten, sin embargo, que en los casos en que se establecen a priori los constructos, es fundamental asegurarse de que estos sean coherentes con los propósitos del investigador y tengan una base teórica sólida.

Winter (1992) plantea que, en la medida en que la TRI es una medida válida de los constructos personales, cuando los constructos sean generados libremente por el sujeto, en comparación con las rejillas en que los constructos son suministrados por el investigador, existirán diferencias mayores en los índices valorados.

Fransella et al. (2004) resaltan que, en la medida en que la TRI no tiene un contenido específico, su validez en este sentido solo puede ser evaluada si en efecto evidencia patrones y relaciones entre los datos incluidos en ella.

2.3.4.2.2 Evidencias de validez basadas en la relación con otras variables

El objetivo de este tipo de validación es establecer si las relaciones entre las puntuaciones y otras variables externas relevantes son consistentes con la interpretación propuesta para esas puntuaciones (Abad et al., 2011). A partir de estas relaciones pueden obtenerse evidencias respecto a las predicciones realizadas según el modelo teórico de referencia. En esta línea, se distingue entre evidencias para establecer la relación entre la TRI y sus índices con otros constructos, evidencia convergente y discriminante, y la relación entre la TRI con algún criterio en particular, evidencia concurrente y predictiva (Trujillo, 2016).

A. Evidencias de validez convergente y discriminante

Tal como refieren Feixas y Cornejo (1996), no parece existir ninguna prueba sistemática para el análisis de la estructura de significados personales aparte de la TRI. Es posible evaluar las relaciones existentes entre las medidas que componen la TRI, así como las asociaciones que puedan existir con otros constructos provenientes de otras bases teóricas y epistemológicas diferentes.

O’Keefe y Sypher (1981) revisaron algunas medidas habituales en el estudio de la complejidad cognitiva, en relación con variables sociodemográficas y otras variables de tipo comunicativo e intelectual. Encontraron que el PVEPF no muestra evidencias suficientes como para afirmar que exista alguna relación con la edad, el sexo, la inteligencia y las habilidades comunicativas y de cognición social.

Saúl (2006), en un estudio sobre la influencia de los conflictos cognitivos en la salud mental, no encontró relación entre la presencia de estos conflictos en población no clínica y variables como la edad o el sexo. Sin embargo, en el caso de la población clínica, sí aparecieron diferencias en la variable sexo, ya que el porcentaje de mujeres que presentaban dilemas implicativos era mayor. En relación a la medida de conflictos cognitivos, especialmente dilemas implicativos, se ha encontrado mayor presencia de los mismos en poblaciones clínicas frente a poblaciones control (Feixas, Hermosilla, Compañ, y Dada, 2009; Feixas y Saúl, 2004; Saúl, López-González, Feixas, Rubio-Garay, y Domínguez-Simón, 2014).

Kovářová y Filip (2015) revisaron la fundamentación conceptual y las evidencias empíricas en torno al concepto de complejidad cognitiva desde la PCP, concluyendo que existe una importante ambigüedad en la conceptualización de los dos componentes de la complejidad cognitiva: la diferenciación y la integración, lo que impide la generalización de muchos de los hallazgos empíricos que se realizan.

Respecto a la comparación de la TRI con otros cuestionarios, “no existe evidencia de otros cuestionarios estructurados y no estructurados que tengan por objetivo la evaluación del significado personal empleando los propios términos de la persona evaluada” (Trujillo, 2016, p. 64). Sin embargo, existen algunos antecedentes empíricos orientados a la comparación de

algunas medidas de la TRI con instrumentos tradicionales que miden aspectos similares desde enfoques teóricos distintos.

Chetwynd (1977), en una revisión sobre algunas medidas de la TRI, no encontró relación entre el PVEPF y variables como la edad, el sexo, la inteligencia, ni los factores de personalidad de Eysenck. Sin embargo, sí encontró que el índice de polarización parecía estar relacionado directamente con el nivel de psicopatología y la escala de neuroticismo de Eysenck, y de forma inversa con la madurez del funcionamiento cognitivo.

Dada (2008, mencionado en Trujillo, 2016), analizó la relación entre la discrepancia Yo-Ideal y la escala de Rosenberg, en mujeres con sintomatología alimentaria. Los resultados indicaron que la relación entre las dos medidas era directa y significativa, proporcionando evidencias sobre la validez de los índices de construcción del sí mismo y en especial de la discrepancia Yo-Ideal en la valoración de la autoestima.

B. Evidencia de validez concurrente y predictiva

Kelly (1955/1991) planteó que la rejilla podría tener un valor predictivo del comportamiento al compararlo con un criterio particular, a partir de los resultados obtenidos emparejando la TRI y el test de apercepción temática.

Winter (1992) concluyó que los resultados en cuanto a la evidencia de la validez predictiva de las medidas de complejidad cognitiva son conflictivos. Según este autor, parte de las dificultades se relacionan con la variedad de índices existentes en la medida de la complejidad cognitiva. En su planteamiento, el estudio de la diferenciación cognitiva debería hacerse simultáneamente con el de la organización jerárquica de los constructos.

Feixas y Cornejo (1996) en su revisión incluyen estudios en los que se ha intentado realizar diversas predicciones a partir de las puntuaciones en la TRI: Fransella y Bannister (1967) estudiaron la relación entre constructos políticos y evaluativos para predecir la intención de voto en las elecciones inglesas de 1964; Hayden y Nasby (1977) predijeron la conducta de adolescentes con problemas a partir de los patrones de relación entre constructos; mientras que Bannister, Fransella y Agnew (1971) centraron su estudio en el pronóstico de personas con trastornos del pensamiento. Por último, hacen referencia al estudio de Fransella y Adams (1966) sobre la predicción de las respuestas en rejillas sucesivas en una persona diagnosticada con piromanía.

2.4. Imagen Corporal

2.4.1. Concepto de imagen corporal

Tal como plantean Botella, Grañó, Gámiz y Abey (2008), en las últimas seis décadas ha habido un proceso de progresiva cognitivización de la psicología que, aunque ha tenido importantes consecuencias positivas, ha contribuido también a cierta despreocupación por los ámbitos relacionados con las emociones, las relaciones y el cuerpo dentro de la psicología científica. Los motivos de esta falta de interés pueden estar en la preocupación por que lo corporal sea tratado de cosmético, banal o secundario respecto a las características intelectuales, racionales, o “mentales” (Botella et al., 2008).

Sin embargo, parece clara la importancia de lo corporal y la imposibilidad de separarlo de los aspectos más intelectuales de lo psicológico. Algunos ejemplos de esta importancia son los siguientes (Botella et al., 2008; Cash y Pruzinsky, 1990): entre las personas que se consideran menos atractivas existe una mayor incidencia de fobia social, ansiedad social y locus

de control externo; la satisfacción con el propio físico correlaciona con el grado de ajuste social percibido, mientras que la falta de atractivo es un factor de riesgo para el desarrollo de diferentes trastornos mentales (incluida la esquizofrenia), a la vez que dificulta el curso de su recuperación; diversas patologías psicológicas se caracterizan por problemas y síntomas asociados a la imagen corporal o la corporalidad en general (hipocondría, trastornos dismórficos corporales, alucinaciones somáticas propias de algunas formas de trastorno paranoide, trastornos de identidad de género, automutilaciones y autolesiones, y trastornos de la conducta alimentaria). Incluso últimamente se han descrito otras formas menos habituales de patologías de la corporalidad como el síndrome de Munchausen, la adicción quirúrgica y a las transformaciones corporales cosméticas neo-tribales (escarificaciones, tatuajes, piercing,...), la adicción al ejercicio físico y la musculación (vigorexia) y la apotemnofilia (el deseo obsesivo de que se ampute una parte del propio cuerpo, asociado a conductas parafilicas de excitación sexual con parejas amputadas)... Por estas razones parece fundamental dedicar atención a los aspectos corporales.

La definición más clásica de imagen corporal fue propuesta por Schilder (1935/1983), quien la identificó como “la imagen que forma nuestra mente de nuestro cuerpo, el modo en que nuestro cuerpo se nos manifiesta”. Fischer (1986) desarrolló un concepto más dinámico de la imagen corporal poniéndola en relación con los sentimientos y las actitudes hacia el cuerpo (citado en Raich, 2004, p.16).

Al hablar de imagen corporal es necesario tener en cuenta la complejidad de este concepto, en el que entran en juego diferentes elementos relacionados entre sí. Pruzinsky y Cash (1990) entienden la imagen corporal como un concepto multifacético, de tal forma que “la imagen corporal implica: perceptivamente imágenes y valoraciones sobre el tamaño y la forma

de varios aspectos del cuerpo; cognitivamente supone una focalización de la atención en el cuerpo y autoafirmaciones inherentes al proceso, creencias asociadas al cuerpo y a la experiencia corporal; y emocionalmente, involucra experiencias de placer/displacer, satisfacción/insatisfacción y otros correlatos emocionales ligados a la apariencia externa”. Según estos autores, la imagen corporal está determinada socialmente e influida por la autoconciencia. Entienden que se trata de una experiencia subjetiva, dinámica, que puede evolucionar a lo largo de la vida y que presenta la capacidad de influir en el procesamiento de la información y en el comportamiento consciente e inconsciente. A esta definición añade Thompson (1990) el elemento conductual, compuesto por las conductas provocadas por los elementos anteriores, como exhibición o evitación de situaciones de exposición.

Rosen (1995) vuelve a definir la imagen corporal como “la manera en la que uno ve, siente y percibe su propio cuerpo, actuando en consecuencia de ello” (citado en Raich, 2004, p.16). A partir de este momento, las distintas definiciones de la imagen corporal se han relacionado con diferentes aspectos como la satisfacción o insatisfacción con el cuerpo, evaluación cognitiva, preocupación, ansiedad, conductas de cuidado corporal... además de con aspectos socioculturales y demográficos, poniendo de manifiesto la complejidad de este constructo (Raich, 2004; Salaberria, Rodríguez, y Cruz, 2007). En esta misma línea, De la Serna (2004, citado en Vaquero-Cristóbal, Alacid, Muyor y López-Miñarro, 2013, p.28) clasifica los componentes que constituyen la imagen corporal en: perceptual (percepción total o de partes del cuerpo), cognitivo (valoraciones sobre el cuerpo o parte de él), afectivo (sentimientos y actitudes hacia el cuerpo o una parte de él) y conductual (comportamientos llevados a cabo a partir de la percepción).

Una de las definiciones más aceptadas actualmente de la imagen corporal es la que la describe como la percepción que tenemos tanto del cuerpo global y de cada una de sus partes como del movimiento y límites de éste, la experiencia subjetiva de actitudes, pensamientos, sentimientos y valoraciones que hacemos y sentimos y el modo de comportarnos derivado de las cogniciones y los sentimientos que experimentamos (Raich, 2000, pp 24-25). Esta definición incluye los componentes previamente citados y hace referencia a la autoestima, que como concepto general se refiere a la valoración positiva o negativa que tiene la persona de sí misma, los sentimientos sobre las características personales y la valencia afectiva de estos (Mora y Raich, 2010).

Los autores hasta ahora reseñados señalan la importancia de establecer una diferenciación entre la representación interna que se tiene del cuerpo y las actitudes hacia él, ya que la representación en sí misma puede estar más o menos ajustada a la realidad, pero puede estar saturada de valoraciones positivas o negativas que van a influir en el autoconcepto global (Bemis y Hollon, 1990). Incluso la imagen corporal puede no estar en consonancia con la realidad objetiva (Pruzinsky y Cash, 1990). En este sentido, Testal y Calderón (2013) realizan una investigación sobre las alteraciones de la imagen corporal, encontrando que los distintos elementos que constituyen la imagen corporal pueden participar en sus alteraciones: a) elementos perceptivos, que al alterarse distorsionan la imagen corporal, b) elementos afectivos, estrechamente relacionados con los grados de satisfacción/insatisfacción con el propio cuerpo y también con las emociones vinculadas a la valoración del cuerpo (peso, figura, por partes o totalmente), c) elementos cognitivos, que pueden sobrevalorar el ideal de belleza y afectar la creencia de valor personal en relación al cuerpo y d) elementos conductuales que incluyen evitación (no mostrar el cuerpo, evitar intimidad física, evitar mirarse al espejo, no salir a la

calle), búsqueda de seguridad (preguntar a los demás por aquello que se percibe como defectuoso, hablar sólo con personas expertas en el tema), restricción (mirarse al espejo a solas, mantener distancia con otras personas), y comprobación (vigilar si los demás se fijan en el defecto, tocarlo y observarlo con frecuencia, retocarse...).

2.4.2. Evaluación de la imagen corporal

Según expone Raich (2004), la mayoría de técnicas de evaluación de la imagen corporal se han centrado en dos de los componentes de la misma: el componente perceptivo y el subjetivo. Posteriormente se han construido instrumentos de evaluación de los elementos conductuales. El principal campo de desarrollo de esta evaluación ha sido la estimación del tamaño corporal en personas con trastornos alimentarios.

Para Raich (2004) la evaluación del componente perceptivo de la imagen corporal puede focalizarse en la estimación de partes corporales o en la estimación del cuerpo en su totalidad. Los procedimientos para estimar partes corporales incluyen métodos analógicos (se pide a la persona que estime el tamaño de un área corporal a partir de dos puntos luminosos que puede mover a voluntad, y se calcula la diferencia respecto a las medidas reales obtenidas con un calibrador corporal, obteniendo así un índice de precisión perceptiva del tamaño) y métodos de trazado de imagen (similares a los anteriores, aunque sustituyendo los puntos luminosos por piezas de madera o cordones con los que se estima el tamaño del área corporal de que se trate). Es habitual solicitar estimaciones de las áreas corporales que más preocupan a la persona o hacia los que muestra mayor insatisfacción. Los procedimientos para estimar el cuerpo en su totalidad incluyen los métodos de distorsión de la imagen y las siluetas a través de espejos, fotografías, vídeos... que permiten calcular también un índice de precisión perceptiva a través de la diferencia entre la imagen escogida por la persona y su imagen real (para una revisión más

sistemática acerca de la evaluación del componente perceptivo, se remite al lector al trabajo de Faccio (2013, pp.100-110).

Para la evaluación del componente cognitivo-actitudinal (subjetivo), se han desarrollado diversos instrumentos estandarizados que incluyen entrevistas y cuestionarios. A continuación se mencionan algunos de los más utilizados, siguiendo la exposición de Raich (2004). Para una revisión más detallada, se remite a los trabajos de Raich (2000, 2004):

- Entrevista BDDE, *Body Dysmorphic Disorder Examination* (Rosen y Reiter, 1996), adaptada en población española por Raich, Torras y Mora (1997). Esta entrevista fue diseñada para evaluar específicamente aspectos cognitivos y conductuales de la imagen corporal y los síntomas del trastorno dismórfico, y es capaz de discriminar ideas sobrevaloradas sobre de la apariencia. Se pide a la persona que describa la parte de su apariencia que más le ha disgustado en las últimas cuatro semanas y el entrevistador decide si la preocupación por el defecto percibido es normal, si es delirante o no, y valora las conductas llevadas a cabo para remediarlo, en caso de existir. Presenta buena consistencia interna, fiabilidad test-retest e interjueces, así como buena validez concurrente y predictiva.
- *Escala Yale-Brown de medición del Trastorno Obsesivo-Compulsivo adaptada para el Trastorno Dismórfico* (Phillips, Hollander, Rasmussen, y Aronowitz, 1997). Se trata de una entrevista semiestructurada que permite evaluar imagen corporal y síntomas del trastorno dismórfico. Muestra adecuada consistencia interna, fiabilidad test-retest e interjueces, así como buena validez concurrente y predictiva.

- EDI, *Eating Disorders Inventory* (Garner, Olmstead, y Polivy, 1983). Contiene una subescala de insatisfacción corporal (IC) que permite obtener un índice de insatisfacción corporal general con diferentes partes del cuerpo. La ventaja de este cuestionario es que permite utilizar esta escala de forma aislada sin que queden afectadas su capacidad discriminativa ni evaluativa (Baile, Raich, y Garrido, 2003).
- MBSRQ, *Multidimensional Body Self Relations Questionnaire* (Brown, Cash, y Mikulka, 1990; Cash, 1990). Es el cuestionario de imagen corporal más completo que existe. Para un análisis de este cuestionario, ver el apartado de investigación 5.2.4.
- BSQ, *Body Shape Questionnaire* (Cooper, Taylor, Cooper, y Fairburn, 1987). Este cuestionario consta de 34 ítems que evalúan insatisfacción corporal y preocupación por el peso. La adaptación española ha sido realizada por Raich et al. (1996), obteniendo unas garantías psicométricas aceptables.
- BIAQ, *Body Image Avoidance Questionnaire* (Rosen, Salzberg, Srebnik, y Went, 1990). Este cuestionario evalúa la frecuencia con que se practican conductas que denotan cierta preocupación por la apariencia física y conductas de evitación. Consta de cuatro subescalas: Vestimenta, Actividades sociales, Restricción alimentaria y Pesarse y acicalarse.
- CIMEC, *Cuestionario de Influencias del Modelo Estético-Corporal* (Toro, Salamero, y Martínez, 1994). Este cuestionario de 40 ítems evalúa la presión percibida por el individuo de los medios de comunicación y del entorno social inmediato hacia el adelgazamiento. Consta de cinco factores: Preocupación por la

imagen corporal, Influencia de los anuncios, Influencia de los mensajes verbales, Influencia de los modelos sociales e Influencia de las situaciones sociales. Ha mostrado buena consistencia interna y tiene buena capacidad discriminativa entre pacientes anoréxicas y controles.

2.4.3. Concepción constructivista de la imagen corporal

Los primeros estudios sobre imagen corporal desde una perspectiva constructivista se centraron en pacientes con trastornos de la conducta alimentaria, especialmente en mujeres con anorexia y su comparación con otros grupos de pacientes y mujeres sanas (Button, Fransella, y Slade, 1977; Feldman, 1975; Fransella, 1978; Fransella y Crisp, 1979).

Feldman (1975) señala la posición privilegiada y única de la imagen corporal dentro de la organización psicológica del individuo, al estar por un lado relacionada con la experiencia corporal, a la vez que con el funcionamiento psíquico, la fantasía y las formas de interacción con el entorno. En su trabajo sobre relaciones objetales e imagen corporal, en el que explora la TR como método de evaluación de la imagen corporal, se refiere a ésta como “una organización psicológica y/o fisiológica compleja y relativamente bien integrada, que se desarrolla a partir de la experiencia del individuo y que a su vez influencia sus patrones de comportamiento... Es la suma de las actitudes, sentimientos, recuerdos y experiencias que tiene un individuo hacia su propio cuerpo – tanto hacia un todo más o menos integrado como respecto hacia sus partes componentes” (Feldman, 1975, p.317).

Faccio (2013), por su parte, entiende el cuerpo no como un objeto de estudio, sino como una condición necesaria de la experiencia. Según sus palabras, “el cuerpo representa la apertura de la percepción hacia el mundo exterior... El esquema corporal no es el resultado de la

integración o asociación de varios aspectos aislados del cuerpo, ni es la suma de varios componentes fisiológicos percibidos. Más bien es el resultado final de la experiencia mundana, un sistema de relaciones conjuntas en las que la persona combina activamente los diferentes componentes (percepción, tacto, visión y cinestesia), que a su vez están directamente conectados con las funciones motoras y de anticipación” (Faccio, 2013, p.38).

Desde la perspectiva constructivista relacional (Botella et al., 2008; Botella, Velázquez, y Gómez, 2006) consideran que la identidad, incluyendo la corporalidad, es a la vez el producto y el proceso de la construcción de las narrativas del self. Estas narrativas se asientan en una base discursiva y relacional. En esta construcción de la identidad corporal, existen una jerarquía de procesos (re)constructivos y relaciones entre ellos que incluyen construcción del self, construcción social del self y construcción del ideal social y personal.

En la construcción del self, incluida su dimensión física (imagen corporal), se da una relación dialéctica entre la construcción social e individual. Esta dialéctica forma parte de la constante reelaboración de la imagen corporal y la identidad. Parece evidente la influencia recíproca entre la imagen que uno tiene de sí mismo y la que se forman los demás.

Para las mujeres la influencia mutua entre imagen corporal y autoconcepto es más relevante aún. Cash y Pruzinsky (1990) plantean que la influencia de los aspectos físicos de la construcción personal del self sobre el autoconcepto es más determinante en mujeres que en hombres, y que “esta mayor influencia, unida al hecho de que el porcentaje de mujeres insatisfechas con su imagen corporal en prácticamente todos los estudios realizados hasta la fecha es mayor que el de hombres insatisfechos (un 33% de mujeres por término medio respecto a un 25% de hombres), hace que sea evidente que la relación de la mujer con su cuerpo en

cuanto a la construcción de su autoconcepto puede en muchos casos ser problemática y causa de un cierto grado de malestar psicológico” (Cash y Pruzinsky, 1990, recogido en Botella et al. 2008, p.251).

En los últimos años Cipolleta (2013), desde la perspectiva de la TCP, ha comenzado a trabajar con los movimientos corporales como significados que permiten explorar las anticipaciones en relación a los otros. Esta autora parte de la idea de Kelly (1955/1991) de que pueden existir distintas formas de construcción, y que conocemos los acontecimientos a través de nuestro propio acto de aproximarnos a ellos, la necesidad de experimentación. Cipolleta entiende que en la psicoterapia puede llegarse a los constructos nucleares de un paciente utilizando la acción, comenzando desde los sentimientos que se producen en la relación terapeuta-paciente, y que desde ahí pueden ampliarse los experimentos tanto dentro como fuera de la consulta. Durante las sesiones de terapia esta autora permite a los pacientes contactar con sus constructos nucleares de la manera que les resulte más cómoda (teatro, canto, capoeira, música, pintura, nadar...). Traslada el foco de atención desde la exploración verbal de las construcciones personales, a otras formas más preverbales y encarnadas. La autora concluye que la encarnación o materialización es un aspecto intrínseco de la construcción personal, que puede explorarse en las dimensiones de tiempo, espacio, peso y fluidez.

2.5. Cáncer de Mama

2.5.1. Qué es

El cáncer de mama consiste en la proliferación maligna de células epiteliales de la glándula mamaria. Esta proliferación puede extenderse por invasión y por metástasis. La invasión consiste en la migración y penetración directa de las células cancerosas en tejidos

adyacentes. La metástasis, en cambio, se produce cuando dichas células invaden tejidos en partes alejadas del cuerpo a través de la circulación sanguínea y linfática.

Existen dos tipos principales de cáncer de mama: el carcinoma ductal infiltrante, que comienza en los conductos galactóforos, que conducen la leche desde el lóbulo mamario hasta el pezón; y el carcinoma lobulillar infiltrante, que comienza en las áreas llamadas lobulillos, productoras de la leche materna. El carcinoma ductal infiltrante representa aproximadamente el 80% de los casos de cáncer de mama, mientras que el carcinoma lobulillar supone un 10-12% de los casos. Otros tumores representan el porcentaje restante (American Cancer Society, 2014).

El cáncer de mama es, tras el cáncer de pulmón, el segundo más frecuente del mundo. Es el tipo de cáncer más común entre las mujeres, representando el 16% de todos los cánceres femeninos (OMS, 2017). En Europa se diagnostican 370.000 casos al año, el 27,4% de todos los tumores (AECC, 2012). En 2012 se diagnosticaron en España 25.215 casos de cáncer de mama, lo que supuso un 29% de todos los diagnósticos oncológicos (SEOC, 2015). El diagnóstico es más frecuente entre los 45 y los 65 años (AECC, 2012), estando la edad de máxima incidencia por encima de los 50 años.

En las últimas décadas, sin embargo, se ha observado un aumento de la incidencia en población femenina y una disminución en la edad media en el momento del diagnóstico (Acea Nebril, 2013). Parece que este aumento de la incidencia se ha producido en dos grupos concretos: en mujeres premenopáusicas, con un aumento significativo en las menores de 40 años, y en mujeres ancianas, como consecuencia de una mayor esperanza de vida en la población (Acea Nebril, 2013). De hecho, en torno a un 10% se diagnostica en mujeres menores de 40 años (SEOM, 2015). No obstante lo preocupante de estos datos, cabe señalar que

actualmente, gracias a los avances y mejoras en los campos de detección temprana, consejo genético, y tratamiento de la enfermedad, la supervivencia en cáncer de mama es superior al 77% a los cinco años, y superior al 95% en los casos en que el tumor está localizado (Cruzado, 2010).

En función del tamaño y la infiltración del tumor (T), la afectación de los ganglios linfáticos (N) y la afectación de otros órganos (M), el cáncer de mama se agrupa en los siguientes estadios:

- Estadio 0: también llamado carcinoma in situ. Las células tumorales se localizan exclusivamente en la pared de los lobulillos o de los conductos galactóforos. En los últimos años su incidencia ha aumentado. Con frecuencia es un tumor multicéntrico (varias lesiones en la misma mama) y bilateral (afectación de ambas mamas). En la actualidad se desconoce qué tumores in situ y qué porcentaje pasan a ser tumores invasivos.
- Estadio I: en estos casos el tamaño del tumor es inferior a dos centímetros, y no existe afectación de los ganglios linfáticos ni metástasis a distancia.
- Estadio II: son tumores entre dos y cinco centímetros, con o sin afectación de los ganglios axilares.
- Estadio III: en este caso el tumor afecta a los ganglios axilares y/o la piel y pared torácica (músculos o costillas).
- Estadio IV: en este estadio el cáncer se ha diseminado, desarrollándose metástasis que afectan a otros órganos.

2.5.2. Tratamientos

Respecto al tratamiento del cáncer de mama, puede distinguirse en primer lugar entre tratamiento local y sistémico. El tratamiento local se dirige al tumor en alguna localización determinada, mientras que el tratamiento sistémico afecta a todo el organismo. También se puede diferenciar entre tratamiento adyuvante, que sería un tratamiento local o sistémico que se administra tras el primer tratamiento, con el objetivo profiláctico de reducir el riesgo de recidiva, y tratamiento neoadyuvante, que consistiría en administrar un tratamiento sistémico antes de un tratamiento local para reducir el tamaño del tumor antes de la cirugía (AECC, 2014). A continuación se describirán brevemente los principales tratamientos para el cáncer de mama siguiendo las especificaciones de Domínguez Cunchillos (2011) y la AECC (2014).

2.5.2.1. Tratamientos quirúrgicos

El tipo de cirugía dependerá del tamaño, localización y extensión del tumor (González Vidal, 2014):

A. Cirugía conservadora

Este tipo de intervención consiste en la extirpación del tumor con un margen de tejido mamario sano, más o menos amplio, manteniendo intacto el resto de la mama. Puede incluir o no la resección de un fragmento de piel y/o de la fascia del pectoral mayor. La realización de la cirugía conservadora va a depender de factores como la localización del tumor, el tamaño de las mamas, la estética tras la intervención, etc. En función de la cantidad de tejido extirpado se diferencian distintas técnicas.

- *Tumorectomía*: se utiliza en los casos en que el tumor es pequeño (en torno a un centímetro). En muchas ocasiones el tumor no es palpable y se necesita un marcaje radiológico mediante arpón o isótopos radiactivos.
- *Segmentectomía o cuadrantectomía*: cuando el tumor es mayor, pero aún permite un tratamiento conservador, se extirpa el cuadrante de tejido mamario en que se incluye el tumor.

La cirugía conservadora se complementa siempre con un tratamiento de radioterapia para destruir las células tumorales que puedan quedar en la mama. En algunos casos también es necesario un tratamiento adyuvante con quimioterapia. Actualmente se emplea cada vez más la cirugía conservadora para el tratamiento del cáncer de mama.

B. Cirugía radical o mastectomía

Consiste en la extirpación de toda la mama. Esta cirugía puede ser de dos tipos:

- *Mastectomía radical o mastectomía tipo Halsted*: consiste en la extirpación de la mama, de los músculos pectorales y de los ganglios axilares. Este tipo de cirugía tiene importantes efectos secundarios como alteraciones en la movilidad del brazo, edema, alteraciones en la imagen corporal, etc.
- *Mastectomía radical modificada*: se extirpa únicamente la mama. Actualmente es la técnica más utilizada.

C. Cirugía axilar

Independientemente del tipo de intervención quirúrgica, es necesario realizar una valoración del estado de los ganglios linfáticos axilares. Dependiendo del estado clínico que

presente la axila, se realizará una biopsia selectiva del ganglio centinela, muy frecuente en la actualidad, o una linfadenectomía.

- *Linfadenectomía o vaciamiento axilar*: supone la extirpación de la grasa axilar que contiene todos los ganglios axilares. Se realiza para averiguar el estado ganglionar, como factor pronóstico, y como tratamiento, ya que permite el control regional de la enfermedad. No obstante su utilidad, esta técnica presenta un alto número de complicaciones o secuelas, como son seromas en la axila, alteraciones en la sensibilidad de la zona, disminución de la fuerza y movilidad del brazo, riesgo de linfedema... Actualmente la linfadenectomía se limita a las situaciones en que existe una sospecha fundada o se ha confirmado la infiltración tumoral de los ganglios.
- *Determinación, localización y biopsia del ganglio centinela*: se basa en que el drenaje linfático de cada zona de la mama se dirige hacia una zona ganglionar determinada, por lo que un tumor drenará líquido linfático hacia una zona y a un ganglio concreto, que es el llamado ganglio centinela. La localización del ganglio centinela se realiza inyectando colorantes o radiofármacos (Tecnecio) en el tumor o en sus proximidades. La biopsia del ganglio permite constatar el grado de afectación ganglionar sin necesidad de linfadenectomía axilar. Para que pueda realizarse es necesario que el tumor mida menos de 4-5 centímetros de diámetro.

2.5.2.2. Tratamientos no quirúrgicos

A. Radioterapia

La radioterapia (RT) es un tratamiento local o loco-regional, es decir trata el cáncer en su lugar de origen y su objetivo varía en función de cuándo se administra. Puede administrarse de forma neoadyuvante, adyuvante, concomitante y radical, esta última como tratamiento único.

En función de la forma de administración de las radiaciones, se pueden diferenciar dos tipos de radioterapia:

- *Radioterapia externa*: donde las radiaciones son emitidas por un acelerador lineal. El tratamiento suele durar entre dos y siete semanas, de forma diaria, dependiendo de las dosis administradas y del número total de sesiones necesarias.
- *Radioterapia interna o braquiterapia*: utilizando isótopos radiactivos que se introducen en el cuerpo. Consigue administrar altas dosis de radiación a cortas distancias, de forma que los tejidos sanos circundantes se preservan mejor de las radiaciones. En general la duración de este tratamiento está entre minutos y días.

La radioterapia puede producir algunos efectos secundarios, dependiendo de la zona del cuerpo donde se administre, de las dosis requeridas (totales y por sesión) y de la susceptibilidad individual del paciente. En general, entre los efectos secundarios más comunes pueden aparecer astenia y reacciones cutáneas similares a quemaduras solares como eritema o epitelitis. En la radioterapia del tórax pueden aparecer además disfagia, con dificultad para tragar por alteraciones de la mucosa esofágica, y dificultades respiratorias, acompañadas de tos seca.

B. Quimioterapia

La quimioterapia (QT) es un tratamiento sistémico que engloba una amplia variedad de fármacos. Tiene como objetivo destruir las células que forman el tumor. En general, la QT actúa en la fase de división de las células tumorales impidiendo su multiplicación, y destruyéndolas. Con el tiempo, esto se traduce en una disminución o desaparición del tumor. La QT se administra en forma de ciclos, alternando periodos de tratamiento con periodos de descanso. Su administración puede ser oral o intravenosa. Debido a que actúa sobre todo el organismo, es frecuente que aparezcan efectos secundarios a nivel del aparato digestivo (náuseas, vómitos, diarreas, alteración de la percepción del sabor de los alimentos, pérdida de apetito), alteraciones del cabello, la piel y las uñas (alopecia, prurito, eritema, descamación, uñas quebradizas), alteraciones neurológicas (parestias, disminución de la sensibilidad y la fuerza en las extremidades), cansancio, propensión a las infecciones, alteraciones de la sexualidad, etc., además de otros efectos secundarios menos habituales.

C. Terapia hormonal

Algunos tumores de la mama son estimulados por los estrógenos y otras hormonas ováricas, por lo que su crecimiento y desarrollo está directamente influido por ellas. El tratamiento hormonal (TH) consiste en la administración de fármacos que modifican la acción de las hormonas sobre las células mamarias o que impiden su producción. El tratamiento hormonal reduce la frecuencia de recidivas y prolonga la supervivencia. En general se utiliza como tratamiento en combinación con otra opción terapéutica. Dependiendo de la acción sobre el organismo, los tratamientos hormonales pueden ser:

- *Antiestrógenos*: es el tratamiento hormonal más utilizado. Este tratamiento bloquea los receptores de estrógenos en las células, compitiendo con estos por el receptor celular e impidiendo que ejerzan su acción. Uno de los principales efectos es que desaparezca la menstruación, incluso produciendo una menopausia temprana y definitiva cuanto más cerca esté la paciente de la fase del climaterio. Es un tratamiento que se administra diariamente, por vía oral. Entre los efectos secundarios más frecuentes se encuentran sofocos, sequedad de la piel y vaginal, aumento de peso, disminución del deseo sexual, insomnio, irritabilidad o síntomas depresivos.
- *Inhibidores de la aromatasas*: bloquean la producción de estrógenos a través del bloqueo funcional del complejo aromatasas en mujeres postmenopáusicas. Se administra por vía oral y tiene pocos efectos secundarios, entre los que destacan sofocos, náuseas, sequedad vaginal y cefaleas.
- *Análogos de la hormona liberadora de la hormona luteinizante (LHRH)*: se trata de una inyección, administrada mensualmente, que reduce la producción de la hormona que estimula la producción de los estrógenos (LHRH). Los efectos son similares a la extirpación ovárica, aunque de forma reversible. Los efectos secundarios más habituales son los síntomas de la menopausia que provoca.
- *Ablación ovárica*: extirpación quirúrgica de los ovarios, que produce una menopausia irreversible. Actualmente tiende a utilizarse poco.

2.5.3. Imagen corporal y cáncer de mama

Los cambios debidos al cáncer y sus tratamientos influyen de forma negativa en la imagen que las pacientes tienen de su propio cuerpo (White, 2000), provocando trastornos

afectivos, cambios en la autoestima y en la sexualidad (Hopwood y Maguire, 1988). En particular, se ha destacado el cáncer de mama por su gran impacto en la imagen corporal de las pacientes (Ferrell, Grant, Funk, Otis-Green, y García, 1997).

El estudio de la imagen corporal en pacientes con cáncer de mama es especialmente relevante dada su importancia epidemiológica y sus connotaciones psicosociales para las mujeres. En la cultura occidental el pecho de la mujer se relaciona con el atractivo físico especialmente, así como con la sexualidad, la maternidad y la lactancia, por lo que para algunas mujeres su pérdida puede suponer la renuncia al deseo de tener hijos (Sebastián, Manos, Bueno, y Mateos, 2007). Se ha comprobado también que las alteraciones en la imagen corporal predicen peor ajuste a la enfermedad (Carver et al., 1998; Ganz, 2008; Ganz, Desmond, Belin, Meyerowitz, y Rowland, 1999) y peor adherencia a los tratamientos (Figueiredo, Cullen, Hwang, Rowland, y Mandelblatt, 2004; Romanek, McCaul, y Sandgren, 2005), además de constituir un factor de riesgo para el desarrollo de depresión (Andritsch, Dietmaier, Hofmann, Zloklikovits, y Samonigg, 2007; Noles, Cash, y Winstead, 1985).

Parece que la mayor relevancia no tiene que ver con el cambio físico objetivo que ha sufrido la mujer, sino con el significado que le atribuye (Raich, 2000). La pérdida de cualquier parte del cuerpo puede tener consecuencia psicológicas derivadas de la forma en que el propio paciente y su entorno perciben el cuerpo del paciente y las variaciones en la actividad que puede llevar a cabo. De la misma manera, las marcas físicas de la enfermedad recuerdan constantemente la idea del cáncer, lo que puede llevar a problemas de adaptación (Annunziata, Giovannini, y Muzzatti, 2012).

La edad se ha estudiado como variable influyente en la afectación de la imagen corporal en estas pacientes. En general las mujeres jóvenes se sienten más incómodas con los cambios corporales durante la enfermedad y su tratamiento (Collins et al., 2011; Figueiredo et al., 2004). Se ha encontrado que las mujeres mastectomizadas en general tienen una mayor edad que las mujeres reconstruidas o las sometidas a cirugía conservadora (Adachi, Ueno, Fujioka, Fujitomi, y Ueo, 2007; Aguilar Cordero et al., 2015; Chang et al., 2014; Fallbjork, Karlsson, Salander, y Rasmunsen, 2010; Fallbjork, Rasmunsen, Karlsson, y Salander, 2013; Fonseca, Lencastre, y Guerra, 2014; Rincón Fernández, Pérez San Gregorio, Borda Más, y Martín Rodríguez, 2012).

Boquiren, Esplen, Wong, Toner y Warner (2013) han estudiado la influencia que pueden tener los roles de género tradicionales en la alteración de la imagen corporal en pacientes supervivientes de cáncer de mama. Encuentran que las pacientes con una mayor internalización de los roles de género y actitudes tradicionales muestran más conductas de autoobservación y experimentan vergüenza hacia su cuerpo, mayor alteración de la imagen corporal y peor calidad de vida post-tratamiento.

También se ha estudiado la influencia del nivel socioeconómico en la imagen corporal. En mujeres sometidas a mastectomía, las que presentan peor imagen corporal son amas de casa pertenecientes a la clase social media, por lo que parece que los ingresos económicos bajos y la falta de actividad laboral influyen de forma negativa en la imagen corporal (Aguilar Cordero et al., 2015; Aguilar Cordero, Neri Sánchez, Mur Villar, y Gómez Valverde, 2013; Fallbjork et al., 2010; Mahapatro y Parkar, 2005; Rincón Fernández et al., 2012). Sin embargo, Chang et al. (2014) encuentran peor imagen corporal en mujeres con actividad laboral o social.

En cuanto al nivel educativo, un mayor nivel de estudios es un factor que ayuda a la mujer a entender mejor su nueva imagen y aceptarse, para prevenir el desarrollo de un trastorno de imagen corporal futuro (Aguilar Cordero et al., 2013; Chang et al., 2014; Fallbjork et al., 2010; Fonseca et al., 2014; Frierson, Thiel, y Andersen, 2006; Moreira y Canavarro, 2010).

Sin embargo, Manos, Sebastián, Bueno, Mateos y De la Torre (2005) encuentran que ni el nivel educativo ni el estado civil se relacionan con el nivel de autoestima de las pacientes, ni con la percepción general de su calidad de vida.

Respecto al impacto de los tratamientos médicos existen resultados contradictorios. En la mayoría de los estudios no se encuentran diferencias significativas en malestar psicológico general en las pacientes sometidas a diferentes tratamientos médicos (Mose et al., 2001; Stiegelis, Ranchor, y Sanderman, 2004; Whelan, Levine, Julian, Kirkbride, y Skingley, 2000). Sin embargo, otros autores encuentran que las mujeres tratadas únicamente con quimioterapia muestran niveles mayores de malestar emocional (Buick et al., 2000).

Por lo que respecta a la imagen corporal y los tratamientos quirúrgicos del cáncer de mama, existen también resultados contradictorios. Está claramente establecido que la cirugía influye directamente en la imagen corporal pudiendo generar niveles elevados de depresión, ansiedad y baja autoestima (Cucarella, 2013).

En líneas generales, existe evidencia de que las mujeres sometidas a cirugías conservadoras preservan mejor la imagen y la integridad corporal que las que se someten a cirugías radicales (Die Trill y Die Goyanes, 2003; Sebastián et al., 2007). El grupo de Achte (1987) observó un claro efecto negativo de la mastectomía sobre la imagen corporal, manifestado por sentimientos de vergüenza y problemas para verse desnudas. De la misma

manera, se ha observado que la cirugía radical tiende a asociarse con más preocupaciones acerca de la imagen corporal, mientras que las mujeres sometidas a tumorectomía muestran menos preocupaciones referentes a la imagen corporal (Rosenberg et al., 2012). Por otra parte, Millar, Purushotham, McLatchie, George y Murray (2005) no encuentran diferencia en el nivel de malestar psicológico entre pacientes mastectomizadas y sometidas a cirugía conservadora.

Vázquez-Ortiz, Antequera y Blanco Picabia (2010) encontraron que el 50% de las mujeres mastectomizadas están preocupadas por la reanudación de las relaciones sexuales, tienen miedo al rechazo de la pareja y perciben una disminución de su interés sexual. Igualmente, tienen más problemas relacionados con la propia desnudez y tienen una valoración más negativa de su atractivo físico. Por todo ello, concluyen que las mujeres mastectomizadas presentan alteraciones en la sexualidad y en la imagen corporal más allá del primer año tras la mastectomía si no hay intervención psicológica. Sin embargo, estos mismos autores afirman que la mastectomía por cáncer de mama no se asocia a una peor autovaloración global, sino que son determinadas áreas de la imagen corporal las que se ven afectadas, como pueden ser las actitudes frente a la propia desnudez y el atractivo físico.

La vivencia del esquema corporal como fuente de tensión y malestar psicológico se expresa en estas pacientes en temas relacionados con las prendas de vestir, la dificultad para verse desnudas ante el espejo y los sentimientos negativos por verse asimétricas (Achte et al., 1987; Rosbund-Zickert, 1989). Esta percepción de la imagen corporal parece ser significativamente diferente a la imagen corporal premórbida de las pacientes, y el cambio se produce independientemente del estado de otras variables psicológicas clásicas como la ansiedad, la depresión, el autoconcepto o el locus de control (López Pérez, Polaino Lorente, y Arranz, 1992). Se ha descrito la mastectomía como una experiencia de “deconstrucción

corporal”, incluso cuando se propone inmediatamente una cirugía reconstructiva (Piot-Ziegler, Sasi, Raffoul, y Delaloye, 2010). Estos autores describen que las transformaciones corporales se acompañan de experiencias de mutilación y extrañeza, y de modificaciones en las dimensiones física, emocional, social, simbólica y relacional de la identidad sexual de las mujeres. Siguiendo con el estudio de este grupo, encuentran cinco temáticas recurrentes en las preocupaciones de las mujeres sometidas a mastectomía: 1) la mastectomía como reto a la integridad y corporalidad: el impacto de la enfermedad en la relación de la mujer con su propio cuerpo, como toma de conciencia de partes del cuerpo de las que habitualmente no se es consciente; el pecho “enfermo”, la pérdida del pecho y de la integridad corporal, el duelo por el pecho y la experiencia de deconstrucción corporal (experimentar mutilación, vacío, asimetría y desequilibrio, experimentar un hándicap); 2) Deconstrucción del cuerpo: como reto a la identidad de la mujer y las dimensiones simbólicas y socioculturales de esta identidad (maternidad y fertilidad); 3) Deconstrucción del cuerpo y relación con los otros: relaciones íntimas, el peso de la mirada de las personas significativas, las relaciones sociales...; 4) Reconstrucción corporal como reto hacia una nueva identidad; 5) Re-evaluación de las prioridades existenciales y reposicionamiento de la propia identidad, trascendiendo el cuerpo.

En un estudio reciente, Aguilar Cordero et al. (2015) compararon un grupo de pacientes recientemente diagnosticadas con otro que se había sometido a mastectomía más de un año antes. Encontraron que más del 50% de las mujeres de ambos grupos percibían su imagen corporal alterada o incompleta, evaluada con la Escala de Imagen Corporal de Hopwood (BIS). Aunque ambos grupos mostraron alteraciones de la imagen corporal, los niveles más altos de depresión se encontraron en el grupo de mujeres recién diagnosticadas. Parece entonces que la alteración de la imagen corporal en las mujeres recién diagnosticadas se relaciona con la idea de

un cuerpo incompleto, no tanto con el resultado de la cirugía en sí mismo, ya que mostraban dificultades con su imagen corporal y se percibían a sí mismas como incompletas incluso de forma previa a la cirugía.

Santos y Vieira (2011), en una revisión de la literatura acerca de la reconstrucción de la imagen corporal en cáncer de mama, encuentran que la mayoría de estudios informan de una mayor insatisfacción con la imagen corporal en mujeres con mastectomía sin reconstrucción posterior. Sin embargo, también encuentran contradicciones al comparar mujeres con mastectomía y cirugías reconstructivas, ya que pacientes sometidas a reconstrucción mamaria muestran resultados similares en imagen corporal a los previos a la mastectomía (Cruzado, 2010). En estas pacientes persisten sensaciones corporales en las zonas amputadas, dolor fantasma, sensación de asimetría y desequilibrio en el peso corporal tras la amputación, tanto si la reconstrucción ha sido inmediata como si no. Harcourt et al. (2003) tampoco encuentran diferencias en calidad de vida ni imagen corporal al comparar pacientes mastectomizadas con reconstrucción inmediata y diferida. Sin embargo, Min et al. (2010) sí encuentran que la reconstrucción mamaria inmediata conlleva un menor deterioro de la imagen corporal.

Desde una perspectiva constructivista, la imagen y experiencia corporal tienen gran relevancia en la construcción que realizan los pacientes de la salud y la enfermedad. Recientemente, Cipolleta, Consolaro y Hovart (2014) han descrito cuatro trayectorias en que los pacientes construyen la enfermedad, especialmente la enfermedad oncológica: oportunidad, negación, preocupación y ambivalencia. Estas construcciones están ligadas a las experiencias y la percepción de salud y enfermedad, así como a la conciencia somática de la persona y el sentido del self. Entienden que el afrontamiento de los pacientes ante el proceso oncológico va a depender de cómo construyen la enfermedad y a sí mismos, incluida su imagen corporal.

2.5.3.1. Evaluación de la imagen corporal en oncología

Según plantea De Bragança (2015) apenas existen escalas psicométricas estandarizadas que evalúen únicamente imagen corporal en el ámbito de oncología. La mayoría de los cuestionarios se desarrollan específicamente para realizar investigaciones y en función de las necesidades de éstas, utilizando ítems de otras escalas y añadiendo algunos dependiendo de los objetivos concretos de cada investigación.

Annunziata et al. (2012) han llevado a cabo una revisión de los instrumentos de evaluación de la imagen corporal en oncología. En su revisión excluyen de forma deliberada los instrumentos gráficos y proyectivos, ya que consideran que consumen un tiempo excesivo, muestran dificultades en los sistemas de puntuación, y requieren de un entrenamiento específico de los terapeutas. Tras examinar 81 artículos en inglés e italiano, encuentran seis cuestionarios que se utilizan internacionalmente para la evaluación de la imagen corporal en pacientes con cáncer: *Body Image after Breast Cancer Questionnaire – BIBCQ* (Baxter et al., 2006); *Body Image and Relationship Scale – BIRS* (Hormes et al., 2008); *Sexual Adjustment and Body Image Scale – SABIS* (Dalton et al., 2009); *Body Image Index – BII* (Lasry et al., 1987), *Body Image Questionnaire – BIQ* (Dunker, Bemelman, Slors, van Duijvendijk, y Gouma, 2001) y *Body Image Scale – BIS* (Hopwood, Fletcher, Lee, y Al Ghazal, 2001).

Tal como señalan Sebastián et al. (2007), existen pocos instrumentos específicos para evaluar imagen corporal en mujeres con cáncer de mama. La escala específica más utilizada es la *Body Image Scale (BIS)*, de Hopwood et al. (2001). Esta escala consiste en 10 ítems que evalúan aspectos afectivos, cognitivos y comportamentales de la imagen corporal implicados en la reconstrucción y restauración de la imagen corporal en pacientes oncológicos (Santos y

Vieira, 2011). Gómez-Campelo, Bragado-Álvarez, Hernández-Lloreda y Sánchez-Bernardos (2014) han realizado la validación esta escala para población española (S-BIS) con propiedades psicométricas adecuadas.

Entre los instrumentos generales de evaluación de la imagen corporal, uno de los más utilizados en pacientes con cáncer es la escala MBA de Carver et al. (1998), que cuenta con una traducción al español llevada a cabo por los mismos autores (Perczek, Carver, Price, y Pozo-Kaderman, 2000). También se ha utilizado el Cuestionario de Calidad de Vida de la EORTC para Cáncer de Mama EORTC QLQ-BR23 (Sprangers et al., 1996), que incluye ítems específicos sobre imagen corporal. Arraras et al. (2001) han realizado la validación española de este cuestionario.

Para concluir este apartado dedicado al cáncer de mama, se recoge a continuación la reflexión de Sánchez (2015) respecto a la evolución del impacto del cáncer de mama y su tratamiento quirúrgico en los últimos años: “las respuestas de las mujeres tanto al diagnóstico como a la cirugía estaban más impregnadas de pesimismo y vivencias depresivo-ansiosas sobre su cuerpo en los estudios de las décadas finales del siglo XX (1980-2000), tendencia que parece estar revirtiendo en los quince años transcurridos del siglo XXI. La mayor autonomía, empoderamiento, control del proceso por parte de las enfermas, así como los avances de la oncología y de la medicina plástica-reconstructiva favorecen actitudes psicológicas positivas y resilientes ante el cáncer de mama” (Sánchez, 2015, p.72).

3. LA TÉCNICA DE LA REJILLA CORPORAL. ESTADO DE LA CUESTIÓN

La Técnica de la Rejilla Corporal (TRC) es una variante de la TR diseñada específicamente para valorar la experiencia subjetiva de la imagen corporal. Aunque el estudio de la imagen corporal desde la TCP no es reciente, sí puede decirse que es en los últimos años cuando el desarrollo de la TRC se está incrementando. A continuación se realiza un breve recorrido por las principales contribuciones realizadas en este campo.

Los primeros estudios se centraron en estudiar los sistemas de construcción personal de pacientes con trastornos de la conducta alimentaria, en particular pacientes anoréxicas. Una de las primeras aportaciones al desarrollo de la TRC es la realizada por Feldman (1975). Este autor utilizó la TRC para explorar la imagen corporal y las relaciones objetales en pacientes con anorexia. Utilizó diferentes partes del cuerpo y el elemento “persona completa”, en relación a las propias pacientes, sus madres, padres, parejas y el self ideal, como elementos de la rejilla. En su caso, los constructos y los elementos fueron seleccionados a partir de un estudio preliminar previo en que generaron un número mucho mayor de ambos. Feldman encontró que la rejilla es una herramienta útil para determinar las propiedades de la representación corporal de uno mismo y los otros.

Fransella y Crisp (1979), también en pacientes con anorexia, utilizaron rejillas en las que los elementos eran imágenes de la propia persona y otros significativos (persona admirada, desagradable, persona que compadece y alguien en cuya presencia se sienta incómoda) y sus figuras parentales, con diferentes pesos (actual, más gorda, más delgada, peso ideal). En este

caso los constructos fueron propuestos por los investigadores, excepto tres que fueron generados directamente por las pacientes.

Button (1983) estudió la construcción personal de pacientes anoréxicas utilizando como elementos imágenes del yo con diferentes pesos (sobrepeso, hace un año, dentro de un año, peso preferido, durante el tratamiento, normal, ideal, con el peso más bajo y con el peso más alto). Relacionó algunas de las medidas de la TR, como las puntuaciones extremas, con un menor bienestar posterior y peor pronóstico de estas pacientes.

En las últimas dos décadas la TRC ha tenido mayor desarrollo en Alemania a través de los grupos de trabajo de Cora Weber y Ada Borkenhagen. La principal aportación de estos trabajos es que utiliza únicamente partes del cuerpo como elementos en las rejillas.

El grupo de Borkenhagen ha centrado sus estudios con TRC sobretudo en pacientes con trastornos de la conducta alimentaria, anorexia y bulimia (Borkenhagen y Klapp, 2004; Borkenhagen et al., 2008; Borkenhagen, 2002), y en mujeres que están siguiendo programas de fecundación in vitro ([FIV]; Borkenhagen, 2004; Borkenhagen et al., 2005). En sus estudios la generación de constructos se realiza con el método diádico, comparando siempre las distintas partes del cuerpo con el elemento Cuerpo real. Utilizan las distancias entre un elemento concreto y el Cuerpo real y el Cuerpo ideal como indicadores de disociación de ese elemento en la construcción de la imagen corporal. A partir del análisis de las distancias inter-elementos crean el “Gráfico de identidad corporal”, una representación gráfica que muestra en dos ejes ortogonales las distancias de los elementos desde el Cuerpo real (eje a) y el Cuerpo ideal (eje b). Para ilustrar el concepto, a continuación se reproduce un gráfico de identidad corporal perteneciente a una publicación de este grupo (Borkenhagen et al., 2005, p. 5). La Figura 3

muestra el gráfico de identidad corporal de una paciente del grupo de FIV. Los puntos numerados representan distintas partes corporales que sirven como elementos en la rejilla (1 cuerpo real, 2 piel, 3 corazón, 4 cerebro, 5 músculos, 6 pecho, 7 útero, 8 vagina, 9 clítoris, 10 cintura, 11 cadera, 12 muslos, 13 nalgas, 14 cuerpo ideal). Las áreas marcadas en gris oscuro representan las zonas de indiferencia.

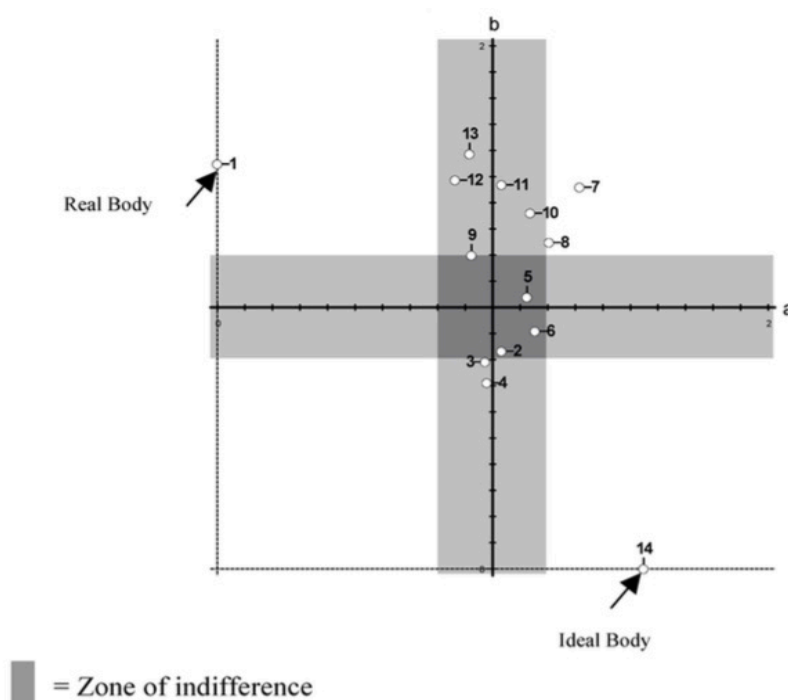


Figura 3. Ejemplo de gráfico de identidad corporal (Borkenhagen et al., 2005)

En su investigación con pacientes anoréxicas y bulímicas (Borkenhagen y Klapp, 2004; Borkenhagen et al., 2008; Borkenhagen, 2002) estos autores llevaron a cabo además un análisis cualitativo de los constructos corporales obtenidos, encontrando cuatro categorías temáticas principales: 1) Apariencia/aceptación del cuerpo: referida a la apariencia externa y la aceptación del cuerpo. Incluye constructos como satisfacción/insatisfacción, y sugiere una valoración del cuerpo basada en el concepto de belleza; 2) Instrumentalización/ejecución: se refiere a la

capacidad de los órganos para funcionar, y asimila el funcionamiento del cuerpo a una máquina. Algunos ejemplos incluirían funciona/no funciona, problemático/no problemático, sirve/incapaz; 3) Sensibilidad/consciencia: en esta categoría se incluyen emociones, sentimientos, sensualidad, erotismo y sexualidad; y 4) Vitalidad/vivacidad: en relación a aspectos de vivacidad, vitalidad y actividad (p.ej. extensión/relajación, fuerza/debilidad, pulsante/inmóvil).

Por su parte, el grupo de trabajo de Weber (Weber et al., 2005; Weber, Thier, Walter, y Klapp, 2004b; Weber et al., 2001) ha desarrollado su investigación en pacientes con enfermedades oncológicas y hematológicas, comparándolos con pacientes con acúfenos (tinnitus). También han centrado la investigación en mujeres embarazadas (Sokolski, Walter, Klapp y Klapp, 2004). En la investigación con enfermedades hematológicas los elementos fueron seleccionados a priori por su simbolismo: cuerpo real, como imagen de un “todo” en el momento actual de la vida del paciente; piel, como órgano contenedor del cuerpo; corazón, como órgano central que asegura la circulación y como símbolo de los sentimientos de amor y dolor; estómago, como órgano que coge alimentación y energía; intestinos, como asimilador y transporte, y como órgano excretor; músculos, como símbolo de fuerza y poder; espalda, como mantenedor de la posición erecta; cerebro, que simboliza el funcionamiento intelectual; pulmones, como órgano fundamental que permite el intercambio de oxígeno y gas; y cuerpo ideal, como visión deseada del cuerpo. Además se permitía a los pacientes proponer hasta un máximo de cinco elementos a su elección. Estos autores utilizaron también el método diádico en la obtención de los constructos. A través del ACP analizaron las principales dimensiones de significado de estos pacientes. Encontraron que estos pacientes mostraban una visión del cuerpo restringida, especialmente orientada hacia aspectos funcionales (primer componente principal

por encima del 60%). En base al ACP desarrollaron un sistema categorías para el análisis de contenido de los constructos corporales, con seis categorías (Weber et al., 2001):

- **Función general:** constructos centrados en la capacidad del órgano para funcionar, sugiere un aspecto de “máquina” del cuerpo: funcional/no funcional, problema/no problema, trastornado/no trastornado, restringido/no restringido, positivo/negativo. Los constructos que se refieren a quejas, dolor o enfermedad también entrarían en la categoría función.
- **Emoción:** incluye emociones y sentimientos, sensualidad, erotismo y sexualidad, así como mortalidad y muerte. Ejemplos de esta categoría son alegría/ira, amor/dolor, miedo/coraje, vida/muerte.
- **Fuerza:** incluye robustez, estabilidad, desempeño, y los polos de contraste como susceptibilidad o hipersensibilidad, así como agotamiento, fortaleza o debilidad, y robustez.
- **Actividad:** se refiere a actividad, agilidad, flexibilidad, relajación, permeabilidad, fluidez, apertura y receptividad. Los opuestos serían pasividad, tensión y bloqueo. Pares de constructos como activo/pasivo, flexible/rígido, abierto/cerrado, tenso/relajado, desintoxicado/envenenado, limpio/sucio, serían ejemplos de esta categoría.
- **Control:** se refiere a aspectos de autonomía, control, dominio, estructura, orden y claridad, con los polos de contraste relacionados con impotencia, falta de claridad y caos.

- Apariencia: se refiere a aspectos de la apariencia externa como bonito/feo, atractivo/vulgar, liso/abultado.

Ambos grupos realizan un análisis cualitativo guiado por los datos brutos de las rejillas obtenidas de sus pacientes. En los dos casos utilizan jueces independientes en la codificación de los constructos para asegurar la fiabilidad de sus sistemas de categorías, encontrando en todos los casos una fiabilidad buena.

Aunque el uso de la TRC ha aumentado en los últimos años, su utilización está aún muy restringida a determinados lugares concretos, así como a pacientes muy específicos. Parece clara la necesidad de continuar desarrollando esta técnica e investigando sus posibilidades en diversos contextos en los que está implicada la imagen corporal.

4. OBJETIVOS E HIPÓTESIS

4.1. Objetivos

El objetivo principal de esta investigación consiste en el estudio de la utilidad de la TRC como instrumento para la evaluación de la imagen corporal en el campo de la psicología de la salud, específicamente centrado en el ámbito de la psicooncología y las pacientes que han padecido cáncer de mama.

Tomando como base investigaciones previas sobre la utilización de la rejilla en la evaluación de la imagen corporal (Borkenhagen, 2004; Borkenhagen y Klapp, 2004; Borkenhagen et al., 2008; Borkenhagen, 2002; Borkenhagen et al., 2005; Weber, Bronner, Shoenninch, Walter, y Klapp, 2000; Weber, Bronner, Thier, Kingreen, y Klapp, 2000; Weber et al., 2001; Weber et al., 2005; Weber et al., 2004a, 2004b), se realiza esta investigación en torno a tres objetivos específicos:

1. Identificación de la imagen corporal que construyen las pacientes diagnosticadas de cáncer de mama tras someterse a tratamiento quirúrgico, y evaluación de cómo esta imagen afecta a la autoestima centrada en aspectos corporales. Para ello se propone el uso de variables de la técnica de la rejilla tradicionalmente utilizadas como índices de autoestima (Feixas y Cornejo, 1996; Feixas et al., 2003) y medidas de la estructura cognitiva.
2. Comprobación de la validez concurrente de los índices de autoestima corporal obtenidos mediante la rejilla corporal, comparándolos con los resultados obtenidos

mediante la aplicación de un cuestionario de imagen corporal validado en población española.

3. Análisis cualitativo de los sistemas de significado de las pacientes mediante la creación de un sistema de categorías de contenido de los constructos, tomando como referencia los trabajos previos de Feixas et al. (2002) con la TRI, y Weber et al. (2000) con la TRC.

4.2. Hipótesis

A continuación se presentan las hipótesis de trabajo de este estudio, correspondientes a cada uno de los objetivos específicos.

4.2.1. Hipótesis 1: Nivel de autoestima y construcción de la imagen corporal

- A. La autoestima de las pacientes con cáncer de mama sometidas a mastectomía, en los aspectos referentes al ámbito corporal, será más baja y negativa que la autoestima de pacientes sometidas a cirugía conservadora y que el grupo control.
- B. Las áreas del cuerpo afectadas o posiblemente afectadas por la intervención quirúrgica (pecho y axilas) se encontrarán menos integradas en la imagen corporal que las áreas no relacionadas con la intervención (brazos, piel, abdomen, caderas, genitales, piernas, cabeza y cara) en la muestra de pacientes con cáncer, especialmente las pacientes mastectomizadas, mientras que en el grupo control se encontrará mayor variabilidad en las áreas que integran la imagen corporal, sin encontrarse específicamente afectadas las relacionadas con el cáncer de mama.

- C. La estructura cognitiva de las pacientes sometidas a mastectomía se caracterizará por una mayor rigidez en términos de unidimensionalidad y polarización que la estructura cognitiva de las mujeres sometidas a cirugía conservadora y la muestra control.

4.2.2. Hipótesis 2: Comprobación de la validez concurrente de los índices de autoestima corporal

Los resultados de imagen corporal obtenidos mediante la TRC se corresponderán con los obtenidos a través de un cuestionario de imagen corporal validado en población española.

4.2.3. Hipótesis 3: Análisis cualitativo de los constructos

El análisis cualitativo de los constructos corporales permitirá obtener las agrupaciones de significados principales que las pacientes y los controles construyen respecto a su corporalidad. La distribución de los principales contenidos temáticos de las pacientes mastectomizadas será diferente a la del resto de participantes.

5. MATERIAL Y MÉTODOS

5.1. Muestra

5.1.1. Hipótesis 1 y 2

La muestra se compone de un total de 47 participantes, divididas en un grupo de estudio y un grupo control.

El grupo de estudio está formado por 23 pacientes mujeres, de entre 30 y 70 años, diagnosticadas de cáncer de mama en estadio I, II o III e intervenidas quirúrgicamente entre 2010 y 2012. Este grupo a su vez se divide entre pacientes sometidas a mastectomía y pacientes sometidas a cirugía conservadora. En el estudio se admitieron participantes con tratamientos adyuvantes o neoadyuvantes de otro tipo (quimioterapia, radioterapia, terapia hormonal o combinado) antes y/o después de la cirugía. Todas las pacientes fueron atendidas inicialmente en el Servicio de Oncología, desde donde se las derivó al Servicio de Psiquiatría del Hospital Universitario Fundación Jiménez Díaz – IDC Salud, para seguimiento individual y/o grupal, llevado a cabo por el psiquiatra responsable del Programa de Psicooncología y, en algunos casos, también por una psicóloga residente.

El criterio de exclusión fue la incapacidad para prestar su colaboración a la investigación. En este caso, fueron excluidas cuatro pacientes con trastorno mental grave con sintomatología que les impedía colaborar en el momento de la evaluación: dos pacientes con trastorno bipolar, una paciente con trastorno límite de personalidad y una con trastorno paranoide de personalidad. También se excluyeron pacientes con enfermedad oncológica en

estadio IV (metástasis), en este caso dos. En la Figura 4 se muestra el diagrama de flujo de selección de las participantes pertenecientes al grupo de estudio.

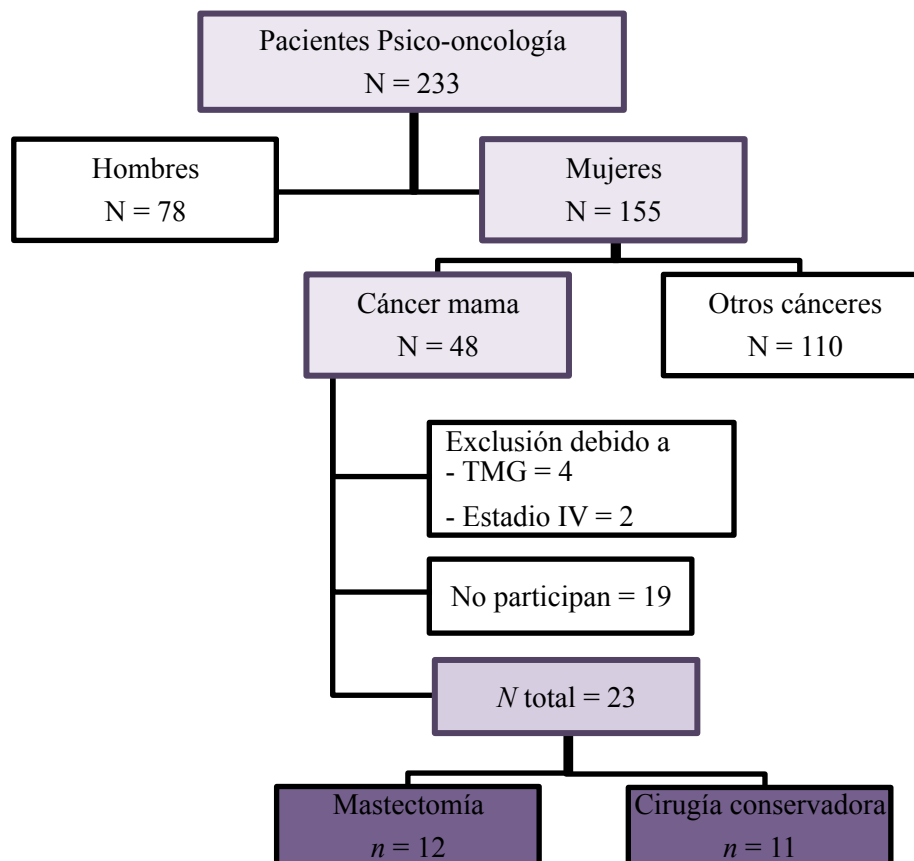


Figura 4. Diagrama de flujo de la selección de pacientes

Para el grupo control se seleccionaron 24 mujeres sanas, que no hubiesen sido sometidas a cirugía mamaria, a través del Equipo de Atención Primaria (EAP) del C.S. Argüelles, correspondiente a la misma área geográfica y sanitaria que el hospital. Estas mujeres acudían a consulta como acompañantes de otros pacientes. Para la selección de las participantes se tuvo en cuenta que fueran equivalentes en edad y nivel educativo a las del grupo de estudio. Al igual

que en el grupo de estudio, se tomó como criterio de exclusión que tuviesen sintomatología que impidiese su colaboración.

La media de edad para el total de las participantes es de 49,94 ($dt = 10,12$; rango 32-69), siendo para el grupo de mujeres con mastectomía de 51,50 ($dt = 11,44$; rango 37-69), para el grupo de cirugía conservadora de 47,55 ($dt = 8,76$; rango 34-60) y para el grupo control de 50,25 ($dt = 10,24$; rango 32-68).

La selección de la muestra se realizó de forma incidental, y en todo momento la participación en el estudio fue voluntaria con posibilidad de revocar el consentimiento dado. Se adjunta modelo de hoja de información y consentimiento informado en los apéndices (apartado 12.1).

5.1.2. Hipótesis 3

La muestra se compone de un total de 542 constructos ($Media = 11,53$; $dt = 0,99$), extraídos de las rejillas de las 47 participantes del estudio. De estos, 259 pertenecen al grupo de cirugía ($Media\ mastectomía = 11$; $dt = 0,00$; $Media\ cirugía\ conservadora = 11,54$; $dt = 0,52$) y 283 al grupo control ($Media = 11,79$; $dt = 1,28$).

5.2. Instrumentos

Los instrumentos de evaluación utilizados para llevar a cabo este estudio fueron un cuestionario de datos sociodemográficos, la historia clínica de las pacientes, el cuestionario de sintomatología SA-45 (Sandín, Valiente, Chorot, Santed, y Lostao, 2008), el cuestionario de imagen corporal MBSRQ (Botella, Ribas, y Benito, 2009) y la TRC.

5.2.1. Datos sociodemográficos

Las variables recogidas en este epígrafe fueron: Edad, Lugar de nacimiento, Estado civil, Hijos, Nivel educativo, Nivel económico, Situación laboral y Profesión.

5.2.2. Historia médico-quirúrgica

Se recogieron los antecedentes de enfermedades somáticas y mentales de las participantes y de sus familiares directos. Igualmente, se recogió información acerca de posibles enfermedades actuales de todas las participantes.

Respecto a la enfermedad oncológica, el protocolo se interesó por el tipo de tumoración y grado, el tipo de cirugía a la que había sido sometida la paciente, el año de la misma y la existencia y clase de otros tratamientos pre y postquirúrgicos.

5.2.3. SA-45

El *Symptom Assessment-45 Questionnaire* ([SA-45]; Davison et al., 1997) es un cuestionario autoinformado breve basado en el Symptom Checklist 90-R ([SCL-90-R]; Derogatis, 2002), para la detección de psicopatología general.

Para este estudio se utilizó la validación española del instrumento (Sandín et al., 2008). El cuestionario consta de 45 ítems, para los cuales el sujeto debe indicar cuánto ha estado presente cada uno de ellos durante los últimos siete días, puntuando según una escala Likert entre 0 (“Nada en absoluto”) y 7 (“Mucho o extremadamente”). El cuestionario evalúa 9 dimensiones de psicopatología:

1. *Somatización* (*Media* = 4,37; *dt* = 3,8): presencia de malestar relacionado con disfunciones corporales cardiovasculares, gastrointestinales, respiratorias y de otros

sistemas con mediación del Sistema Nervioso Autónomo. Incluye manifestaciones somáticas de ansiedad (cefaleas, mialgias...).

2. *Obsesión-Compulsión* (*Media* = 5,51; *dt* = 3,7): pensamientos, acciones e impulsos vivenciados como involuntarios, indeseados, irresistibles, egodistónicos o incontrolables.
3. *Sensibilidad Interpersonal* (*Media* = 5,92; *dt* = 4,6): sentimientos de inferioridad e inadecuación personal, auto-depreciación e incomodidad durante las interacciones personales.
4. *Depresión* (*Media* = 5,49; *dt* = 4,5): incluye estado de ánimo disfórico, falta de motivación, pérdida de interés en las actividades habituales, anergia y desesperanza. Incluye ideación suicida y correlatos somáticos y cognitivos de la depresión.
5. *Ansiedad* (*Media* = 3,74; *dt* = 3,9): síntomas y comportamientos asociados clínicamente con grados elevados de ansiedad (inquietud, nerviosismo, tensión y ataques de pánico).
6. *Hostilidad* (*Media* = 2,80; *dt* = 3,5): se refiere a pensamientos, sentimientos y acciones característicos del estado afectivo negativo de rabia o ira.
7. *Ansiedad Fóbica* (*Media* = 1,96; *dt* = 2,7): respuesta persistente de miedo irracional y desproporcionada, ocasionando en la persona una conducta de evitación o escape del estímulo atemorizante.
8. *Ideación Paranoide* (*Media* = 4,56; *dt* = 3,7): incluye pensamiento proyectivo, suspicacia, grandiosidad, centralidad, temor a la pérdida de autonomía y delirios.

9. *Psicoticismo* (*Media* = 1,71; *dt* = 2,3): incluye un espectro amplio de síntomas referentes a estados de soledad, estilo de vida esquizoide, alucinaciones auditivas, transmisión y control del pensamiento.

Las propiedades psicométricas de la versión española del SA-45 se muestran adecuadas (Sandín et al., 2008). En lo referente a fiabilidad, las diferentes escalas muestran unos coeficientes alfa de Cronbach iguales o superiores a 0,80, excepto la escala Psicoticismo, que obtiene una puntuación 0,70. El coeficiente alfa para el SA-45 total es de 0,95. En cuanto a la validez, obtiene buenos resultados en cuanto a validez convergente y discriminante según encuentran los autores anteriores.

Este cuestionario se utilizó en primer lugar para establecer el nivel de psicopatología que presentan las participantes del estudio, y en segundo lugar para realizar comparaciones entre las dimensiones de psicopatología obtenidas y los índices de imagen corporal y autoestima estudiados.

5.2.4. MBSRQ

Para la comparación de los resultados obtenidos con la TRC con un cuestionario de imagen corporal validado, se utilizó el *Multidimensional Body Self Relations Questionnaire* ([MBSRQ]; Cash, 1990). La versión original consiste en un inventario autoadministrado de 69 ítems que evalúa los aspectos actitudinales de la imagen corporal, en sus componentes evaluativos, cognitivos y conductuales. El cuestionario original refleja, a través del análisis factorial, dos dimensiones disposicionales (Evaluación y Orientación Cognitivo-Conductual) y tres ámbitos somáticos (Apariencia, Forma Física y Salud/Enfermedad). Existen además tres

subescalas relativas a la satisfacción respecto a áreas corporales, a la preocupación por el sobrepeso y una escala de auto-clasificación del peso (Botella et al., 2009; Brown et al., 1990).

En este estudio se empleó la versión española del cuestionario, adaptada y validada por Botella et al. (2009). Esta versión consta de 45 ítems en su versión reducida, y varía en su estructura factorial. En este caso, el análisis factorial refleja cuatro factores: un factor general y tres factores específicos. El factor general, *Importancia Subjetiva de la Corporalidad (ISC; Media = 2,044; dt = 0,148)*, combina la preocupación por el aspecto físico, las conductas orientadas a mantener la forma física, la preocupación por el peso y las dietas, la preocupación por la salud y la enfermedad, y el atractivo autoevaluado de las distintas áreas corporales. Los factores específicos son *Conductas Orientadas a Mantener la Forma Física (COMF; Media = 2,044; dt = 0,237)*, compuesto por ítems relacionados con las escalas de evaluación de la forma física y/u orientación hacia la forma física del cuestionario original; *Atractivo Físico Autoevaluado (AFA; Media = 3,593; dt = 0,362)*, que se compone los ítems de la escala original de evaluación de la apariencia física; y *Cuidado del Aspecto Físico (CAF; Media = 4,311; dt = 0,238)*, a su vez compuesto por ítems de la subescala de orientación hacia la apariencia física y un ítem de las subescalas de preocupación por el sobrepeso y evaluación de la forma física.

La versión española del cuestionario muestra propiedades psicométricas aceptables. La fiabilidad global (consistencia interna) del inventario es de 0,884. El índice alfa de Cronbach para cada uno de los factores es: 0,940 para ISC; 0,807 para COMF; 0,709 para CAF y 0,842 para AFA. En cuanto a la validez predictiva, muestra criterios adecuados de cumplimiento.

5.2.5. Rejilla corporal

Es el instrumento principal de evaluación de este estudio. Se desarrolló una rejilla específica para evaluar la imagen corporal y sus alteraciones, basada en el trabajo de Borkenhagen et al. (2005; 2008) y Weber et al. (2001, 2005). Se seleccionaron como elementos de la rejilla distintas partes del cuerpo, relacionadas con el cáncer de mama y otras no relacionadas, así como los elementos “Cuerpo real”, “Cuerpo 5 años antes de la cirugía” para el caso de las pacientes y “Cuerpo hace 5 años” para el caso de los controles, y “Cuerpo ideal”, de tal manera que los 14 elementos elegidos quedaron tal como sigue: Cuerpo real, Pecho, Axilas, Brazo, Piel, Cuello, Abdomen, Caderas, Genitales, Piernas, Cabeza, Cara, Cuerpo 5 años antes de la cirugía/Cuerpo hace 5 años y Cuerpo ideal.

En la obtención de los constructos se tomó el número mínimo de 11, y máximo de 15, debido a la complejidad de la interpretación del instrumento con un número mayor de constructos. Para la generación de los constructos se utilizó el método diádico, que consiste en la presentación conjunta de pares de elementos para su comparación. En este caso, se presentó cada uno de los elementos referidos a una parte del cuerpo junto con el elemento Cuerpo real, siguiendo los trabajos previos de Weber et al. (2001) y Borkenhagen et al. (2005; 2008), aunque en algunos casos, y debido a las limitaciones socio-culturales de las propias participantes para poder pensar en términos corporales, fue necesario recurrir al método monádico, en el que se pregunta por una característica que describa un único elemento. Las preguntas se plantearon por escrito de la siguiente forma:

1. Por favor, piense en una característica (o más) de su pecho, que tenga en común con su cuerpo (entendido globalmente), o que lo diferencie de éste.

2. Por favor, piense en una característica (o más) de sus axilas, que tengan en común con su cuerpo (entendido globalmente), o que las diferencien de éste.
3. Por favor, piense en una característica (o más) de sus brazos, que tengan en común con su cuerpo (entendido globalmente), o que los diferencien de éste.
4. Por favor, piense en una característica (o más) de su piel, que tenga en común con su cuerpo (entendido globalmente), o que la diferencie de éste.
5. Por favor, piense en una característica (o más) de su cuello, que tenga en común con su cuerpo (entendido globalmente), o que lo diferencie de éste.
6. Por favor, piense en una característica (o más) de su abdomen, que tenga en común con su cuerpo (entendido globalmente), o que lo diferencie de éste.
7. Por favor, piense en una característica (o más) de sus caderas, que tengan en común con su cuerpo (entendido globalmente), o que las diferencie de éste.
8. Por favor, piense en una característica (o más) de sus genitales, que tengan en común con su cuerpo (entendido globalmente), o que los diferencie de éste.
9. Por favor, piense en una característica (o más) de sus piernas, que tengan en común con su cuerpo (entendido globalmente), o que las diferencie de éste.
10. Por favor, piense en una característica (o más) de su cabeza, que tenga en común con su cuerpo (entendido globalmente), o que la diferencie de éste.
11. Por favor, piense en una característica (o más) de su cara, que tenga en común con su cuerpo (entendido globalmente), o que la diferencie de éste.

La característica que aparece en respuesta a las preguntas es el polo emergente del constructo. En todos los casos, se solicitó a continuación que nombrasen la característica que consideraban opuesta a la mencionada, el polo de contraste, para completar así cada uno de los constructos bipolares.

Una vez obtenidos todos los constructos, se pidió a las participantes que puntuasen la rejilla mediante una escala de intervalo donde 1 (muy), 2 (bastante) y 3 (un poco), se refieren al polo emergente, 4 (punto medio) es un intermedio, y 5 (un poco), 6 (bastante) y 7 (muy) hacen referencia al polo de contraste. La Figura 5 muestra la TRC de una de las pacientes como ejemplo.

				A	B	C	D	E	F	G	H	I	J	K	L	M	N
				Cuerpo real	Pecho	Axilas	Brazo	Piel	Cuello	Abdomen	Cadera	Genitales	Piernas	Cabeza	Cara	Cuerpo 5 años antes cir	Cuerpo ideal
1	Grande	vs	Proporcionado	1	1	7	6	4	4	1	2	6	2	4	6	3	7
2	Herida	vs	Sana	1	1	2	2	1	3	7	7	3	7	4	4	7	7
3	Torpe	vs	Válido	3	1	2	1	2	6	7	7	3	7	4	6	7	7
4	Quemado	vs	Limpio	2	1	1	2	1	2	4	7	7	7	7	7	7	7
5	Dolorido	vs	Sin dolor	1	1	1	1	1	2	7	7	5	7	7	7	6	7
6	Gordo	vs	Delgado	1	1	3	3	3	3	1	1	4	2	6	6	6	7
7	Fuerte	vs	Inestable	4	6	6	6	6	5	2	1	3	1	4	4	1	1
8	Normal	vs	Deforme	5	7	6	5	7	6	7	6	1	4	5	4	5	1
9	Bonito	vs	Feo	5	7	6	5	7	6	7	6	3	2	3	6	4	1
10	Pequeño	vs	Ajustado	4	4	4	4	4	4	4	3	7	6	1	5	6	7
11	Expresivo	vs	Amorfo	3	7	6	6	6	5	7	6	4	5	3	1	1	3

Figura 5. Ejemplo de Rejilla Corporal

5.3. Diseño de la Investigación

5.3.1. Descripción del diseño

Se propone un diseño *ex post facto*, dado que la recogida de los datos se realizó una vez ocurridos los hechos, y sin que existiese manipulación de ninguna variable por parte de los investigadores. No existe asignación aleatoria de los sujetos a las condiciones, sino que únicamente se seleccionaron las condiciones de la variable independiente (León García y Montero García-Celay, 2011; Navas Ara, 2001).

Dentro de los diseños de este tipo, se trata de una estrategia retrospectiva, pues los valores en las variables ya han ocurrido, limitándose la investigación a recogerlos después de sucedidos, sin esperar la aparición de nuevos valores (León García y Montero García-Celay, 2011; Navas Ara, 2001). En función de los objetivos de la investigación, se propuso un diseño transversal, con un único momento de medida de las variables.

5.3.2. Variables

En el estudio se ha considerado como variable independiente el Tipo de cirugía mamaria a que se han sometido las participantes. Se trata de una variable nominal con tres niveles diferenciados: *No cirugía*, *Cirugía conservadora* y *Cirugía radical o Mastectomía*. En función de los objetivos de investigación, esta variable se ha dicotomizado en ocasiones en *No cirugía* y *Cirugía*, agrupando ambos tipos de intervención quirúrgica en un solo grupo.

5.3.2.1. Hipótesis 1

A. Nivel de autoestima centrada en aspectos corporales

Se tomaron como variables dependientes los índices de autoestima aportados por la rejilla, y calculados mediante el programa RECORD 5.0 (Feixas et al., 2012) para el análisis de rejillas. Estos índices presentan la ventaja de que aportan una apreciación cuantitativa de cómo se valora la persona en sus propios términos, frente a otras escalas tradicionales en las que la puntuación está preestablecida de antemano por el investigador en base a lo que él mismo define como autoestima (Feixas y Cornejo, 1996; Trujillo, 2016):

1. *Correlación Cuerpo Real – Ideal*: Se trata de un coeficiente Pearson producto-momento entre los elementos Cuerpo real y Cuerpo ideal. Es una variable continua cuyo valor varía entre -1 y 1, e indica el grado de asociación entre ambos elementos. Las correlaciones positivas y altas indican una autoestima elevada, ya que ambos elementos se perciben como muy similares, mientras que cuando las correlaciones son negativas o muy bajas, reflejan una baja autoestima.
2. *Disimilaridad Cuerpo Real – Ideal*: Consiste en la distancia euclidiana acotada entre los elementos Cuerpo real y Cuerpo ideal, que varía entre 0 y 1 y que da cuenta de la distancia existente entre la imagen que se tiene del cuerpo como totalidad y la imagen deseada. Cuanto mayor sea la distancia, mayor diferencia existirá entre ambas imágenes.

B. Construcción de la imagen corporal

Para analizar la construcción de la imagen corporal, se utilizaron como variables dependientes las *Distancias medias* encontradas entre los elementos relacionados con la intervención quirúrgica (Pecho y Axilas) y el Cuerpo real, y las distancias medias entre los elementos no relacionados con la intervención quirúrgica (Brazos, Piel, Abdomen, Caderas, Genitales, Piernas, Cabeza y Cara) y el Cuerpo real, así como las distancias entre las mismas agrupaciones de elementos y el Cuerpo ideal.

Como se ha comentado, se trata de distancias euclidianas acotadas, que varían entre 0 y 1, indicando el grado de semejanza que la persona percibe entre dos elementos. Siguiendo el trabajo previo de Borkenhagen et al. (2008), la distancia de un área corporal respecto al Cuerpo ideal se refiere a la aceptación o rechazo que produce esa área, de forma que una distancia pequeña indicaría una actitud de aceptación de dicha área, mientras que una distancia grande entre ambos elementos sería indicativa de descontento o rechazo de esa misma zona. En cuanto a la diferencia con el elemento Cuerpo real, siguiendo también a los mismos autores, se toma como indicador de la integración del área corporal concreta en el concepto de imagen corporal global. Por lo tanto, una distancia pequeña entre el Cuerpo real y un elemento corporal concreto indicaría que esa área en particular está integrada en la imagen corporal global, mientras que una distancia importante mostraría la no integración o disociación de ese área particular.

Como elementos directamente afectados por la intervención se seleccionaron los elementos Pecho y Axilas. Como elementos no directamente afectados por la intervención quirúrgica se eligieron los elementos Brazo, Piel, Abdomen, Cadera, Genitales, Pierna, Cabeza y Cara. Se excluyó el elemento Cuello debido a las dificultades que encontraron gran parte de

las participantes para puntuarlo en casi todos los constructos, así como sus comentarios en relación a no encontrarlo significativo. También se tomó la decisión de excluir el elemento Cuerpo 5 años antes de la cirugía/Cuerpo hace 5 años, ya que se trata de un elemento compuesto por un recuerdo.

A continuación se muestran las cuatro variables utilizadas para evaluar la construcción de la imagen corporal:

Distancia Media de Elementos Relacionados con la Intervención al Cuerpo Real

$$\sum \frac{(PeCR) + (AxCR)}{2}$$

Distancia Media de Elementos No relacionados con la Intervención al Cuerpo Real

$$\sum \frac{(BrCR) + (PlCR) + (AbCR) + (CdCR) + (GeCR) + (PiCR) + (CbCR) + (CrCR)}{8}$$

Distancia Media de Elementos Relacionados con la Intervención al Cuerpo Ideal

$$\sum \frac{(PeCI) + (AxCI)}{2}$$

Distancia Media de Elementos No relacionados con la Intervención al Cuerpo Ideal

$$\sum \frac{(BrCI) + (PlCI) + (AbCI) + (CdCI) + (GeCI) + (PiCI) + (CbCI) + (CrCI)}{8}$$

A continuación, se construyeron dos nuevas variables: una calculando la *Diferencia entre las distancias medias* de elementos relacionados con la intervención y los elementos no

relacionados con la intervención respecto al Cuerpo real, y otra variable con las diferencias entre las distancias de los elementos relacionados y no relacionados con la cirugía al Cuerpo ideal.

C. Diferenciación y Polarización del sistema de constructos.

Dentro de la amplia variedad de índices de estructura cognitiva disponibles con la TR, se optó por explorar el PVEPF, al ser una de las medidas más ampliamente contrastadas y aceptadas de complejidad cognitiva (ver apartado 2.3.3.2.1), y el índice de Polarización como aproximación a la extremidad de los sistemas de constructos de las participantes.

1. El Porcentaje de Varianza Explicado por el Primer Factor (PVEPF) es un indicador bien establecido de diferenciación cognitiva (Feixas, Bach, y Laso, 2004; Kovářová y Filip, 2015). Este índice ya ha sido utilizado previamente en el análisis de la TRC (Borkenhagen et al., 2008; Weber et al., 2001; Weber et al., 2005). Puntuaciones altas en el PVEPF (por encima del 47%) sugieren unidimensionalidad del sistema, mientras que puntuaciones bajas indican una mayor diferenciación (Feixas et al., 1992). Para el propósito de esta investigación, se ha utilizado un PVEPF superior al 60% como punto de corte, siguiendo el trabajo previo de Weber et al. (2001).
2. El índice de Polarización indica el porcentaje de puntuaciones extremas (1 o 7 en esta investigación). La probabilidad de obtener puntuaciones extremas en una escala de 7 puntos es de 28,57% (Feixas, Montebruno, Dada, Del Castillo, y Compañ, 2010). Porcentajes superiores indican estructuras rígidas y polarizadas (Neimeyer y Feixas, 1992; Trujillo, 2016). Sin embargo, el uso de puntuaciones extremas

también puede reflejar el grado de significación de los constructos en los elementos (Bonarius, 1977, citado en Saúl, 2006; Fransella et al., 2004).

5.3.2.2. Hipótesis 2

Para comparar los resultados obtenidos mediante la TRC y el MBSRQ se utilizaron de nuevo los índices de autoestima corporal aportados por la TRC, *Correlación Cuerpo Real – Ideal* y *Disimilaridad Cuerpo Real – Ideal*, y los cuatro índices aportados por el MBSRQ: *ISC*, *COMF*, *CAF* y *AFA*.

5.3.2.3. Hipótesis 3

Las variables analizadas en esta hipótesis fueron las categorías de análisis de contenido creadas a partir de los 542 constructos generados por las participantes, que se describen en el apartado 6.4 de los resultados.

5.4. Procedimiento

La fase de reclutamiento de las pacientes tuvo lugar entre octubre de 2011 y diciembre de 2012. El reclutamiento de pacientes se llevó a cabo desde el Centro de Salud Mental (CSM) de Argüelles, perteneciente al Hospital Universitario Fundación Jiménez Díaz - IDC Salud (Madrid). La Figura 6 muestra el cronograma de la investigación.

En primer lugar, se llevó a cabo una revisión semanal de las primeras consultas de Psiquiatría dentro del programa de Psicooncología y se contactó por vía telefónica con aquellas pacientes del programa que cumplieran los criterios de inclusión. En esta llamada se invitaba a las pacientes a colaborar en el estudio. En los casos en que aceptaron participar, se concertó una

cita en el área de Consultas Externas del CSM, con la residente de psicología clínica encargada la investigación, en un tiempo inferior a un mes.

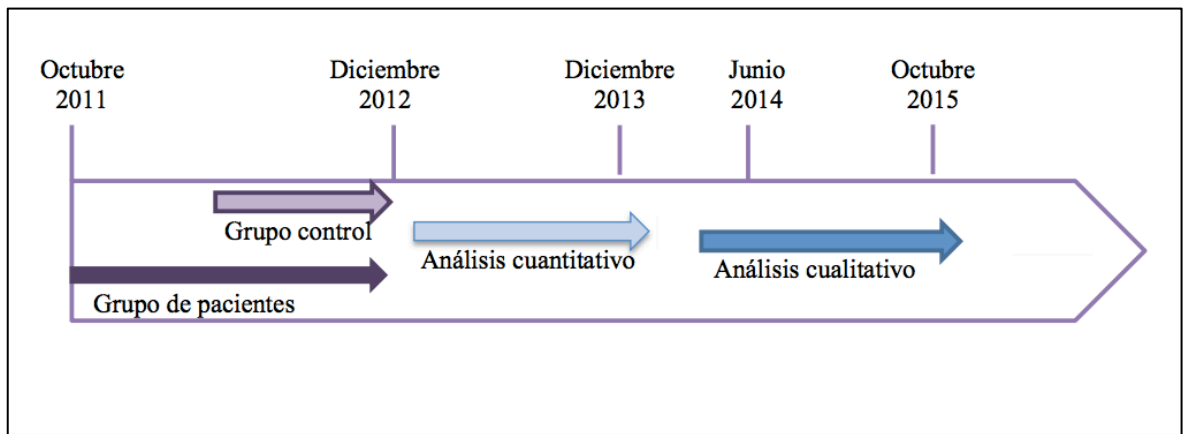


Figura 6. Cronograma de la investigación

Para la selección de la muestra control, se contactó con los facultativos del Equipo de Atención Primaria (EAP) del Centro de Salud (CS) Argüelles. Una de las residentes de psicología clínica del Hospital Universitario Fundación Jiménez Díaz, que realizaba su rotación con el EAP entre los meses de junio y agosto de 2012, se encargó de reclutar a las participantes del grupo control. El reclutamiento consistió en informar a todas las mujeres que acudían como acompañantes a consulta en atención primaria, y que cumpliesen el criterio de edad (entre 30 y 70 años), acerca de la investigación y sus objetivos y se les proponía su colaboración voluntaria y no remunerada. En caso de aceptar, recogía sus nombres y datos de contacto. Posteriormente, se siguió el mismo procedimiento de contacto con estas participantes que con las mujeres que formaron el grupo de estudio.

El día de la cita en el CSM se realizó una entrevista con las participantes, explicando los objetivos y características del estudio. Igualmente, se garantizó la confidencialidad de todos los

datos de las participantes y el carácter voluntario de su colaboración. Tras esto, las mujeres que aceptaron participar firmaron un consentimiento informado, previamente aprobado por el Comité de Ética del Hospital Universitario Fundación Jiménez Díaz - IDC Salud (ver Apéndice 12.1), en el que se especificaba la voluntariedad de la participación en el estudio, así como la no remuneración a las participantes y la posibilidad de revocar el consentimiento y abandonar la investigación en cualquier momento. A continuación se aplicó la TRC y el resto de cuestionarios mencionados previamente. Las sesiones de evaluación tuvieron una duración promedio de dos horas. Todas las participantes fueron evaluadas por la misma persona, para evitar sesgos tanto en la ejecución de la rejilla como en los resultados de ésta.

Debido a limitaciones en cuanto a la disponibilidad de tiempo y espacio en el CSM, las reuniones con las participantes se realizaron siguiendo un formato grupal, de entre 4 y 8 participantes simultáneamente, cuidando de que no coincidiesen en las mismas sesiones pacientes oncológicas y controles. Aunque la sesiones de evaluación se realizaron en formato grupal, la supervisión de la generación de las TRC se realizó individualmente, y cada una de las participantes generó los constructos y completó las puntuaciones de forma autónoma.

5.5. Análisis de Datos

Para los datos obtenidos mediante la TRC se llevó a cabo, en primer lugar, un análisis con el programa informático RECORD 5.0. (Feixas et al. 2012), específico para la técnica de la rejilla. Los análisis posteriores de estos datos y los obtenidos mediante otros cuestionarios fueron realizados en el programa SPSS v. 19 (IBM, 2010).

5.5.1. Análisis de datos sociodemográficos

Se exploraron las características sociodemográficas de la muestra mediante tablas de contingencia de frecuencias y porcentajes. A continuación se compararon dichas características en los tres grupos utilizando el estadístico Chi-Cuadrado para variables categoriales.

5.5.2. Análisis de los datos aportados por el SA-45

Para analizar los distintos índices de psicopatología aportados por el SA-45 en los tres grupos de participantes se optó por realizar un ANOVA de un factor, a pesar del no cumplimiento del supuesto de normalidad, evaluado mediante la prueba de Shapiro-Wilk para muestras con $n < 50$. Esta decisión fue tomada en base a la robustez del ANOVA frente al no cumplimiento de este supuesto (García Leal y Lara Porras, 1998; González Vidal, 2014). El tamaño del efecto se apreció por medio de la η^2 utilizando los valores propuestos por Cohen (1988) para este estadístico: para valores entre 0,01 y 0,05, el tamaño del efecto se considera pequeño; valores entre 0,06 y 0,13, corresponden a un tamaño del efecto mediano; valores iguales o superiores a 0,14 se interpretan como un tamaño del efecto grande. En los casos en que el ANOVA arrojó resultados significativos, se realizaron contrastes post hoc (a posteriori), utilizando la prueba de Bonferroni.

5.5.3. Análisis de los índices de autoestima y construcción de la imagen corporal aportados por la TRC

En este caso, para analizar las diferencias entre grupos en los índices de autoestima y de construcción de la imagen corporal, se optó nuevamente por realizar un ANOVA de un factor en los casos en que el cumplimiento de los supuestos de la prueba lo permitió, utilizando η^2 como estimador del tamaño del efecto. En los casos en que el incumplimiento de los supuestos

impidió la utilización de técnicas paramétricas, se utilizaron sus equivalentes no paramétricos, H de Kruskal-Wallis y U de Mann-Whitney para muestras independientes. La r de Cohen fue utilizada para la estimación del tamaño del efecto, interpretada según los parámetros propuestos por Cohen (1988), según los cuales valores entre 0,10 y 0,29 corresponden a un tamaño del efecto pequeño; valores entre 0,30 y 0,49 se interpretan como un tamaño del efecto mediano y valores superiores a 0,50 se consideran como un tamaño del efecto grande.

Para el propósito de esta investigación, a partir de este punto se utilizará el término “autoestima” en referencia a los aspectos corporales de la misma, excepto en los momentos en que se requiera diferenciar el concepto global de autoestima de algún aspecto concreto.

5.5.4. Comprobación de la validez concurrente de la TRC

Para las correlaciones entre los índices del SA-45 y los dos instrumentos de imagen corporal, y para las correlaciones entre la TRC y el MBSRQ, se utilizó el coeficiente de correlación de Pearson, siendo el r^2 el valor utilizado para estimar el tamaño del efecto de dichas asociaciones. Para interpretar estos resultados, se consideraron como valores de referencia: valores entre 0,01 y 0,08, se considera que el tamaño del efecto es pequeño; para valores entre 0,09 y 0,24 el tamaño del efecto es considerado mediano y para valores iguales o superiores a 0,25 el tamaño del efecto se interpreta como grande (Cohen, 1988).

Para analizar las diferencias en la distribución de los índices del MBSRQ, en primer lugar se realizaron las pruebas no paramétricas de H de Kruskal-Wallis y U de Mann-Whitney, dado que no se cumplía el supuesto de normalidad de las puntuaciones para las cuatro variables. Posteriormente, para facilitar la comparación de estos datos y los obtenidos con las variables de la TRC, y dado que anteriormente se había obviado la violación del supuesto de normalidad, se

tomó la decisión de realizar un ANOVA de un factor de las mismas puntuaciones. Para estimar el tamaño del efecto se utilizó la r de Cohen, para el caso de las pruebas no paramétricas, y η^2 para la paramétrica, con los valores previamente descritos.

5.5.5. Análisis cualitativo de los constructos

Para analizar la distribución de las categorías, se utilizó de nuevo la prueba Chi-Cuadrado para variables categoriales. El tamaño del efecto fue valorado mediante la V de Cramer. Los parámetros de referencia para este estadístico son: valores entre 0,10 y 0,29 se interpretan como un tamaño del efecto pequeño; valores entre 0,30 y 0,49 se consideran como un tamaño del efecto mediano y valores superiores a 0,50 corresponden a un tamaño del efecto grande (Cohen, 1988).

Para evaluar el grado de acuerdo interjueces se recurrió al índice de concordancia Kappa de Fleiss para el caso de más de dos evaluadores. Inicialmente propuesto por Cohen (1960) para el caso de dos jueces, fue generalizado para el caso de más de dos evaluadores por Fleiss (1981). Utiliza las distribuciones marginales de las categorías de cada juez para calcular la probabilidad de acuerdo casual, dadas estas distribuciones. Se utilizaron los márgenes propuestos por Landis y Koch (1977) para valorar el grado de acuerdo interjueces según este índice: < 0 (Sin acuerdo); $0 - 0,2$ (Insignificante); $0,2 - 0,4$ (Bajo); $0,4 - 0,6$ (Moderado); $0,6 - 0,8$ (Bueno); $0,8 - 1$ (Muy bueno).

En todos los casos, para rechazar las hipótesis nulas se estableció el nivel de confianza del 95%.

6. RESULTADOS

6.1. Descripción Muestral

6.1.1. Sociodemográficos

Se realizaron tablas de contingencia para las distintas variables sociodemográficas incluidas en el cuestionario. La Tabla 1 muestra la distribución de los casos en cada una de las variables para los tres grupos de participantes.

Los tests Chi-Cuadrado mostraron diferencias estadísticamente significativas únicamente en dos de las variables sociodemográficas examinadas: en la variable Hijos ($\chi^2 = 7,88$; gl. = 2; $p = 0,019$), donde se observa una clara diferencia entre el grupo de mujeres sanas y los grupos de cirugía, ya que en el primero el 79,2% de las participantes tienen hijos, mientras que en el grupo de mastectomía se reduce al 41,7%, y al 36,4% en el grupo de cirugía conservadora; y Situación laboral ($\chi^2 = 18,929$; gl. = 8; $p = 0,015$), donde destaca el grupo de cirugía conservadora, con un 45% de pacientes en situación de desempleo (en los otros grupos se reduce a un 8,3%) y sin ninguna participante jubilada (en los otros grupos oscila entre 10-17%). También aparecieron diferencias en incapacidad laboral temporal, con el 33,3% del grupo de mastectomía en esta situación. No se encontraron diferencias en cuanto a incapacidad laboral permanente.

Tabla 1.

Distribución de casos en las variables Lugar de origen, Estado civil, Hijos, Nivel educativo, Nivel económico y Situación laboral en función de los grupos

Variables	Total		No cirugía		Cir. Conservadora		Mastectomía	
	Fr.	%	Fr.	%	Fr.	%	Fr.	%
Origen								
España	44	93,6	23	95,8	10	90,9	11	91,7
Europa	1	2,1	0	0	1	9,1	0	0
Latinoamérica	2	4,3	1	4,2	0	0	1	8,3
Estado civil								
Soltera	10	21,3	5	20,8	2	18,2	3	25,0
En pareja	27	57,4	13	54,2	7	63,6	7	58,3
Separada	7	14,9	3	12,5	2	18,2	2	16,7
Viuda	3	6,4	3	12,5	0	0	0	0
Hijos								
Sí	28	59,6	19	79,2	4	36,4	5	41,7
No	19	40,4	5	20,8	7	63,6	7	58,3
Niv.educativo								
Primarios	7	14,9	4	16,7	0	0	3	25
Secundarios	16	34	8	33,3	5	45,5	3	25
Superiores	24	51,1	12	50	6	54,5	6	50
Niv.económico								
Bajo	12	25,5	5	20,8	3	27,3	4	33,3
Medio – bajo	7	14,9	4	16,7	2	18,2	1	8,3
Medio – alto	15	31,9	9	37,5	3	27,3	3	25
Alto	13	27,7	6	25	3	27,3	4	33,3
Sit. Laboral								
Desempleada	8	17	2	8,3	5	45,5	1	8,3
Activa	26	55,3	16	66,7	6	54,5	4	33,3
ILT	5	10,6	1	4,2	0	0	4	33,3
ILP	3	6,4	2	8,3	0	0	1	8,3
Jubilada	5	10,6	3	12,5	0	0	2	16,7

Nota. ILT: incapacidad laboral temporal; ILP: incapacidad laboral permanente

De la misma forma, se exploró a través de una tabla de contingencias la distribución de variables relacionadas específicamente con la intervención quirúrgica asociada al cáncer de mama. Los resultados pueden observarse en la Tabla 2.

Tabla 2.

Distribución de casos en las variables relacionadas con la intervención quirúrgica

Variables	Total		Cir. Conservadora		Mastectomía	
	Fr.	%	Fr.	%	Fr.	%
Grado tumor						
Grado 1	0	0	0	0	0	0
Grado 2	12	52,2	7	63,6	5	41,7
Grado 3	11	47,8	4	36,4	7	58,3
Año cirugía						
2010	11	47,8	6	54,5	5	41,7
2011	11	47,8	4	36,4	7	58,3
2012	1	4,3	1	9,1	0	0
Tto neo/adyuvante						
No	1	4,3	0	0	1	8,3
Radioterapia	0	0	0	0	0	0
Quimioterapia	3	13	0	0	3	25
Combinado	19	82,6	11	100	8	66,7

Nota. QT: Quimioterapia; RT: Radioterapia; Combinado: incluye combinaciones de QT y RT con cualquier tipo de tratamiento hormonal (antiestrógenos, inhibidores de la aromatasa y análogos de la hormona liberadora de hormona luteinizante).

En este caso tampoco se encontraron diferencias entre los tres grupos en cuanto a las variables relacionadas específicamente con la intervención quirúrgica: Grado de tumor ($\chi^2 = 1,11$; gl. = 1; $p = 0,391$), Año de la cirugía ($\chi^2 = 1,869$; gl. = 2; $p = 0,393$) y Tratamiento neo/adyuvante ($\chi^2 = 4,439$; gl = 2; $p = 0,109$).

Mirando un poco más de cerca la muestra, se encontró que el tipo más frecuente de tumor es el carcinoma ductal infiltrante, con diez casos en el grupo de cirugía conservadora y nueve en el grupo de mastectomía. En ambos grupos hubo además un caso de carcinoma ductal infiltrante + carcinoma in situ, un único carcinoma lobulillar infiltrante en el grupo de mastectomía y un carcinoma intraductal en este mismo grupo.

En el grupo de cirugía conservadora siete pacientes se habían sometido a segmentectomías/cuadrantectomías y cuatro a tumorectomías, todas unilaterales, y en seis de los

casos hubo que realizar además vaciamiento axilar. En el grupo de mastectomía, había cuatro casos de mastectomía radical (Halsted), mientras que al resto del grupo se le practicó una mastectomía radical modificada. Únicamente dos casos en este grupo no tuvieron linfadenectomía.

Respecto a los tratamientos no quirúrgicos, en el grupo de cirugía conservadora ocho pacientes se habían sometido a una combinación de QT+RT+TH de forma adyuvante en el momento de la investigación, mientras que la combinación QT+TH se dio sólo en una de las pacientes. En cuatro de los casos en que se administró QT fue de forma neoadyuvante y adyuvante. Dos pacientes fueron sometidas a la combinación RT+TH. Todas las pacientes tenían algún tipo de TH, siendo el más frecuente el tamoxifeno (antiestrógeno), seguido de letrozol (inhibidor de la aromatasas). Una paciente tenía una combinación de tamoxifeno y goserelina (análogo de la hormona liberadora de la hormona luteinizante). En el grupo de mastectomía, sin embargo, tres pacientes no recibían TH de ningún tipo, mientras que cinco recibían tamoxifeno, una paciente letrozol, otra paciente recibía una combinación de las anteriores, otra exemestano (inhibidor de la aromatasas) y una paciente recibía tamoxifeno + análogo de la hormona liberadora de hormona luteinizante. En este grupo se encontró igualmente una paciente que no recibía ningún tipo de tratamiento adyuvante tras la cirugía. Del resto de pacientes, a siete se les había administrado una combinación de QT+RT+TH, dos habían realizado QT+TH, una paciente sólo había recibido QT y por último una paciente había recibido QT+RT, y aún no había comenzado terapia hormonal.

En el grupo de cirugía conservadora, siete de las pacientes no habían tenido contactos previos con psiquiatría ni psicología, mientras que las otras cuatro habían consultado previamente por trastornos ansiedad y adaptativos. Además, dos de las pacientes habían

realizado al menos un intento autolítico en el pasado. En el momento de la investigación cinco de las pacientes se encontraban en tratamiento con psicofármacos antidepresivos (citalopram, escitalopram, mirtazapina, venlafaxina) y ansiolíticos (bromazepam, flurazepam, lorazepam, lormetazepam), dentro del programa de Psicooncología. En cuanto a antecedentes familiares de salud mental, cuatro pacientes refirieron antecedentes de trastornos adaptativos y depresivos en familiares de primer y segundo grado (padres/hermanos).

En el grupo de mastectomía, ocho pacientes estaban recibiendo alguna clase de tratamiento antidepresivo (agomelatina, amitriptilina, citalopram, escitalopram, mirtazapina, sertralina o venlafaxina), y dos de ellas tomaban ansiolíticos (diazepam, lorazepam). Respecto a antecedentes de salud mental, cinco pacientes habían consultado en el pasado por trastornos adaptativos, una por trastorno de ansiedad y una por un trastorno depresivo. Una de las pacientes refirió un intento autolítico previo. Además, seis pacientes refirieron antecedentes familiares diversos, entre los que cabe destacar un cuadro psicótico, un trastorno por estrés postraumático, dos cuadros de abuso/dependencia de alcohol y otras sustancias y varios cuadros de carácter ansioso-depresivo.

En el grupo control dos pacientes estaban en tratamiento con antidepresivos en el momento de la investigación (duloxetina, mirtazapina). Estas mismas dos pacientes tenían antecedentes de atención psiquiátrica y psicológica por trastornos depresivos. El resto de la muestra negó antecedentes personales o tratamiento actual por salud mental. Sin embargo, diez de las pacientes verbalizaron antecedentes familiares destacando la presencia de tres cuadros psicóticos en familiares de primer grado (esquizofrenia paranoide, trastorno delirante, psicosis no especificada), dos antecedentes de trastorno de la conducta alimentaria restrictivo, un intento autolítico, y varios cuadros de sintomatología ansioso-depresiva.

6.1.2. Diagnósticos psiquiátricos en el SA-45

En la Tabla 3 aparecen las medias y desviaciones típicas de las puntuaciones del SA-45 en las tres muestras, así como en la muestra total. Las dos muestras de pacientes se alejan de los valores normativos en las variables Somatización ($Media = 4,37$; $dt = 3,8$), y Ansiedad ($Media = 3,74$; $dt = 3,9$), mostrando valores más altos de los esperados (más de una desviación típica por encima de la media).

Tabla 3.

Índices de psicopatología en la muestra total y en función de la variable Tipo de Cirugía

Variables	Total		No cirugía		Conservadora		Mastectomía	
	Media	Dt	Media	Dt	Media	Dt	Media	Dt
Depresión	7,04	5,34	3,75	4,06	11,45	4,23	9,58	4,31
Hostilidad	2,87	4,03	1,58	2,68	5,45	5,01	3,08	4,46
Sensibilidad Interpersonal	4,45	4,49	2,58	3,12	8,27	5,08	4,67	4,29
Somatización	9,08	6,08	4,54	3,93	14,64	2,77	13,08	4,70
Ansiedad	6,30	4,82	3,92	4,52	9,36	3,53	8,25	4,16
Psicoticismo	1,74	2,48	1,00	2,15	3,27	3,00	1,83	2,08
Obs-Compulsión	5,89	4,63	3,58	3,85	9,64	3,58	7,08	4,44
Ansiedad Fóbica	2,51	3,70	1,67	3,90	4,00	2,64	2,83	3,90
Ideación Paranoide	4,42	3,39	2,83	2,85	6,72	3,55	5,50	2,75

Para explorar las diferencias encontradas entre las muestras, a pesar del incumplimiento del supuesto de normalidad, evaluado mediante la prueba de Shapiro-Wilk para muestras con $n < 50$, se decidió realizar un ANOVA de un factor, dada la robustez de esta prueba ante la violación del supuesto de normalidad (García Leal y Lara Porras, 1998; González Vidal, 2014), y teniendo en cuenta que se cumplían los supuestos de independencia de las observaciones y homocedasticidad (homogeneidad) de las varianzas según el estadístico de Levene. Los valores de estas pruebas pueden verse en la Tabla 4.

Tabla 4.

Pruebas de normalidad y homocedasticidad de varianzas para los índices de psicopatología del SA-45

Variables	<i>Prueba normalidad</i>			<i>Homogeneidad varianzas</i>	
	Shapiro-Wilk	gl.	Sig.	Levene _(2,44)	Sig.
Depresión	0,939	47	0,008	0,069	0,933
Hostilidad	0,714	47	<0,001	2,784	0,073
Sensibilidad Interpersonal	0,843	47	<0,001	1,790	0,179
Somatización	0,930	47	0,008	1,169	0,320
Ansiedad	0,928	47	0,007	0,166	0,848
Psicoticismo	0,716	47	<0,001	1,516	0,231
Obsesión-Compulsión	0,892	47	<0,001	0,945	0,396
Ansiedad Fóbica	0,709	47	<0,001	0,269	0,765
Ideación Paranoide	0,929	47	0,007	0,420	0,660

Los resultados del ANOVA se muestran en la Tabla 5. Tal como puede observarse, aparecieron diferencias significativas en todos los índices de psicopatología excepto en Ansiedad Fóbica ($F_{2,44} = 1,602$; $p = 0,213$). Al explorar más de cerca estas diferencias, se encontraron diferencias entre el grupo de controles sanos y ambos grupos de pacientes en las variables Depresión, Somatización, Ansiedad y Obsesión-Compulsión. En las variables Sensibilidad Interpersonal, Psicoticismo e Ideación Paranoide las diferencias se mantuvieron únicamente entre controles y pacientes de cirugía conservadora. Además, no aparecieron diferencias estadísticamente significativas entre los grupos de pacientes sometidas a cirugía en ninguna de las variables del SA-45.

Tabla 5.

ANOVA de un factor para los índices de psicopatología del SA-45

Variables	Estadístico de contraste		Tamaño del Efecto η^2	Post – hoc (Bonferroni)	
	$F_{2,44}$	Sig.		Dif. Media	Sig.
Depresión	15,927	<0,001	0,420		
No cirugía – Cir. Conservadora				-7,704	<0,001
No cirugía – Mastectomía				-5,833	<0,001
Cir. Conservadora – Mastectomía				1,871	0,862
Hostilidad	3,938	0,027	0,152		
No cirugía – Cir. Conservadora				-3,871	0,023
No cirugía – Mastectomía				-1,500	0,811
Cir. Conservadora – Mastectomía				2,371	0,426
Sensibilidad Interpersonal	7,870	0,001	0,263		
No cirugía – Cir. Conservadora				-5,690	0,001
No cirugía – Mastectomía				-2,083	0,427
Cir. Conservadora – Mastectomía				3,606	0,102
Somatización	33,427	<0,001	0,603		
No cirugía – Cir. Conservadora				-10,095	<0,001
No cirugía – Mastectomía				-8,542	<0,001
Cir. Conservadora – Mastectomía				1,553	1,000
Ansiedad	7,997	0,001	0,267		
No cirugía – Cir. Conservadora				-5,447	0,003
No cirugía – Mastectomía				-0,433	0,017
Cir. Conservadora – Mastectomía				1,114	1,000
Psicoticismo	3,526	0,038	0,138		
No cirugía – Cir. Conservadora				-2,273	0,033
No cirugía – Mastectomía				-0,833	0,967
Cir. Conservadora – Mastectomía				1,439	0,450
Obsesión-compulsión	9,576	<0,001	0,303		
No cirugía – Cir. Conservadora				-6,053	<0,001
No cirugía – Mastectomía				-3,500	0,048
Cir. Conservadora – Mastectomía				2,553	0,387
Ideación Paranoide	7,378	0,002	0,251		
No cirugía – Cir. Conservadora				-3,893	0,003
No cirugía – Mastectomía				-2,667	0,047
Cir. Conservadora – Mastectomía				1,227	0,998
Ansiedad Fóbica	1,602	0,213			

6.2. Niveles de Autoestima y Construcción de la Imagen Corporal

6.2.1. Autoestima

El nivel de autoestima encontrado fue bajo en las tres muestras (ver Tabla 6).

Tabla 6.

Niveles de autoestima evaluados mediante la TRC en las tres muestras

Variables	Total		No cirugía		Conservadora		Mastectomía	
	Media	Dt	Media	Dt	Media	Dt	Media	Dt
Correlación Cuerpo Real – Ideal	-0,085	0,484	0,168	0,453	-0,312	0,371	-0,383	0,369
Disimilaridad Cuerpo Real – Ideal	0,451	0,203	0,317	0,141	0,517	0,127	0,659	0,161

Para estudiar si las mujeres sometidas a mastectomía muestran un nivel de autoestima más bajo y negativo que las mujeres sometidas a cirugía conservadora y que las mujeres sanas, se llevó a cabo un ANOVA de un factor, dado que se cumplían los supuestos de independencia de las observaciones, normalidad, calculado con la prueba de Shapiro-Wilk, y homogeneidad de las varianzas, calculado con la prueba de Levene, como puede observarse en la Tabla 7.

Tabla 7.

Pruebas de normalidad y homogeneidad de varianzas para los índices de autoestima de la TRC

Variables	Prueba normalidad			Homogeneidad varianzas	
	Shapiro-Wilk	gl.	Sig.	Levene _(2,44)	Sig.
Correlación Cuerpo Real – Ideal	0,957	47	0,078	0,712	0,496
Disimilaridad Cuerpo Real – Ideal	0,974	47	0,385	0,566	0,572

Los resultados del ANOVA (Tabla 8) mostraron diferencias estadísticamente significativas en autoestima entre los grupos analizados. Para conocer entre cuáles de los tres grupos existían diferencias, se realizaron a continuación contrastes post hoc (a posteriori), utilizando la prueba de Bonferroni. Los resultados de estos análisis mostraron diferencias significativas en el nivel de autoestima entre las mujeres que han pasado por una cirugía, ya sea mastectomía o cirugía conservadora, y las mujeres que forman el grupo control. Sin embargo, no se encontraron diferencias entre ambos tipos de intervención quirúrgica. Estos resultados se mantienen en los dos indicadores de autoestima aportados por la TRC.

Tabla 8.

ANOVA de un factor para los índices de autoestima de la TRC

Variables	Estadístico de contraste		Tamaño del Efecto	Post – hoc (Bonferroni)	
	$F_{2,44}$	Sig.	η^2	Dif. Media	Sig.
Correlación Cuerpo Real – Ideal	9,210	<0,01	0,295		
No cirugía – Cir. Conservadora				0,480	0,008
No cirugía – Mastectomía				0,551	0,002
Cir. Conservadora – Mastectomía				0,071	1,000
Disimilaridad Cuerpo Real – Ideal	24,230	<0,001	0,524		
No cirugía – Cir. Conservadora				-2,002	0,001
No cirugía – Mastectomía				-0,342	<0,001
Cir. Conservadora – Mastectomía				-0,142	0,067

6.2.2. Construcción de la imagen corporal

Respecto a la construcción de la imagen corporal, la Tabla 9 muestra las distancias medias de los elementos relacionados y no relacionados con la intervención, tanto al Cuerpo real como al Cuerpo ideal. Puede observarse que las distancias respecto al Cuerpo real son en general menores que las observadas respecto al Cuerpo ideal, en todos los grupos y en la

muestra total. Esto ocurre especialmente en el caso de los elementos relacionados directamente con la intervención (Pecho y Axilas).

Tabla 9.

Medias y desviaciones típicas de los índices de construcción de la imagen corporal

Variables	Total		No cirugía		Conservadora		Mastectomía	
	<i>Media</i>	<i>Dt</i>	<i>Media</i>	<i>Dt</i>	<i>Media</i>	<i>Dt</i>	<i>Media</i>	<i>Dt</i>
D. Relacionados – CR	0,280	0,097	0,243	0,087	0,302	0,111	0,334	0,075
D. No Relacionados – CR	0,296	0,112	0,240	0,088	0,316	0,044	0,392	0,131
D. Relacionados – CI	0,457	0,218	0,317	0,116	0,470	0,142	0,727	0,171
D. No Relacionados – CI	0,382	0,144	0,311	0,095	0,402	0,116	0,505	0,166
Diferencia RCR – NRRCR	-0,017	0,089	0,002	0,042	-0,014	0,103	-0,057	0,133
Diferencia RCI – NRCI	0,075	0,119	0,005	0,059	0,068	0,124	0,222	0,068

Para estudiar las diferencias entre grupos en la integración de las diferentes partes del cuerpo en la imagen corporal, en función de si se encuentran o no directamente afectadas por la cirugía, se llevó a cabo, en primer lugar, un ANOVA de un factor para las variables Distancia media de los elementos relacionados con la intervención al Cuerpo Real (D. Relacionados – CR), Distancia media de los elementos no relacionados con la intervención al Cuerpo Real (D. No Relacionados – CR) y Distancia media de los elementos relacionados con la intervención al Cuerpo Ideal (D. Relacionados – CI), ya que en los tres casos se cumplían los supuestos de homogeneidad de varianzas, contrastado con el estadístico de Levene, y de independencia de las observaciones. El supuesto de normalidad solamente se pudo aceptar para la variable D. Relacionados – CR, y fue necesario rechazarlo para las otras dos variables, con la prueba de normalidad de Shapiro-Wilk (los resultados de estas pruebas pueden verse en la Tabla 10). A pesar de esta limitación, siguiendo el criterio de robustez expuesto anteriormente, se tomó la decisión de utilizar la prueba paramétrica.

Tabla 10.

Pruebas de normalidad y homogeneidad de varianzas para las variables relacionadas con la construcción de la imagen corporal de la TRC.

Variables	Prueba de normalidad			Homogeneidad de varianzas	
	Shapiro-Wilk	gl.	Sig.	Levene _(2,44)	Sig.
D. Relacionados – CR	0,976	47	0,445	1,310	0,280
D. No Relacionados – CR	0,915	47	0,002	2,993	0,060
D. Relacionados – CI	0,935	47	<0,001	2,484	0,950
D. No Relacionados – CI	0,943	47	0,020	4,475	0,01
Diferencia RCR – NRCR	0,869	47	<0,001	8,110	0,001
Diferencia RCI – NRCI	0,966	47	0,184	6,588	0,003

Como puede observarse en la Tabla 11, se encontraron diferencias estadísticamente significativas entre los tres grupos en cuanto a la integración de los elementos relacionados con la cirugía respecto al Cuerpo real, en la integración de los elementos no relacionados y el Cuerpo real y también en la integración de los elementos relacionados con la intervención en el Cuerpo ideal. Para conocer entre cuáles de los grupos se producían dichas diferencias de integración, se realizó un contraste a posteriori con la prueba de Bonferroni. Para las variables relacionadas con la integración de elementos respecto al Cuerpo real, se encontraron diferencias significativas entre los grupos de no cirugía y mastectomía, tanto para los elementos relacionados con la intervención (Pecho y Axila), como para los elementos no relacionados con la cirugía. Sin embargo, no aparecieron diferencias entre ambos tipos de cirugía ni entre el grupo control y el de cirugía conservadora. Respecto a la integración de los elementos relacionados con la intervención en el Cuerpo ideal, se encontraron diferencias entre el grupo control y ambos grupos de cirugía, así como entre los tipos de cirugía.

RESULTADOS

Tabla 11.

ANOVA de un factor para las variables D. Relacionados - CR, D. No Relacionados - CR y D. Relacionados - CI

Variables	Estadístico de contraste		Tamaño del Efecto	Post – hoc (Bonferroni)	
	$F_{2,44}$	Sig.	η^2	Dif. Media	Sig.
D. Relacionados – CR	4,472	0,017	0,169		
No cirugía – Cir. Conservadora				-0,059	0,243
No cirugía – Mastectomía				-0,091	0,02
Cir. Conservadora – Mastectomía				-0,032	1,000
D. No Relacionados – CR	10,735	<0,001	0,328		
No cirugía – Cir. Conservadora				-0,764	0,092
No cirugía – Mastectomía				-0,152	<0,001
Cir. Conservadora – Mastectomía				-0,075	0,184
D. Relacionados – CI	35,404	<0,001	0,617		
No cirugía – Cir. Conservadora				-0,153	0,012
No cirugía – Mastectomía				-0,409	<0,001
Cir. Conservadora – Mastectomía				-0,257	<0,001

En cuanto a la variable D. No Relacionados – CI, al no cumplirse los supuestos de normalidad ni de homogeneidad de varianzas, se realizó la prueba no paramétrica H de Kruskal Wallis para muestras independientes, que reveló la existencia de diferencias estadísticamente significativas ($H = 13,266$; gl. = 2; $p < 0,001$). Para conocer entre qué grupos se producían dichas diferencias, a continuación se realizaron comparaciones por pares, utilizando la prueba no paramétrica U de Mann-Whitney. Los resultados pueden verse en la Tabla 12. Para los elementos no directamente relacionados con la cirugía, las diferencias se mantienen entre el grupo de mujeres sanas y ambos grupos de pacientes, pero de nuevo no se encuentran diferencias entre estos dos últimos.

Tabla 12.

Comparaciones por pares en la variable D. No Relacionados – CI

Comparaciones 2 a 2	<i>n</i>	Estadísticos de contraste			
		<i>U</i>	<i>Z</i>	Sig	<i>r</i> (Cohen)
No Cirugía – Cir. Conservadora	35	74,50	-2,048	0,04	0,347
No Cirugía – Mastectomía	36	43,00	-3,390	0,001	0,565
Cir. Conservadora – Mastectomía	23	39,50	-1,630	0,102	

Una vez realizados estos análisis, se calculó la Diferencia entre Elementos Relacionados y No Relacionados con la intervención quirúrgica tanto respecto al Cuerpo real (Diferencia RCR-NRCR) como al Cuerpo ideal (Diferencia RCI-NRCI), y se compararon estas diferencias entre los tres grupos. Al no cumplirse el supuesto de homogeneidad de varianzas para ninguna de las 2 variables (ver resultados en Tabla 10), se utilizó el mismo procedimiento de pruebas no paramétricas para comparación de muestras independientes. Se encontraron diferencias significativas en la variable Diferencia RCI-NRCI ($H = 24,216$; gl. = 2; $p < 0,001$). Sin embargo, en la variable Diferencia RCR-NRCR no pudo rechazarse la hipótesis nula de igualdad entre los grupos ($H = 1,306$; gl. = 2; $p = 0,521$). A continuación se realizaron comparaciones por pares para la variable relacionada con el Cuerpo ideal, como se muestra en la Tabla 13. En este caso, las diferencias persistieron entre el grupo de mujeres mastectomizadas y los otros dos grupos.

Tabla 13.

Comparaciones por pares en la variable Diferencia RCI-NRCI

Comparaciones 2 a 2	n	Estadísticos de contraste			
		U	Z	Sig	r (Cohen)
No Cirugía – Cir. Conservadora	35	87,00	-1,602	0,109	
No Cirugía – Mastectomía	36	0,000	-4,836	<0,001	0,806
Cir. Conservadora – Mastectomía	23	18,500	-2,927	0,003	0,611

Respecto a las variables PVEPF y Polarización, los principales resultados descriptivos pueden observarse en la Tabla 14.

Tabla 14.

Medias y desviaciones típicas de las variables PVEPF y Polarización

Variables	Total		No cirugía		Conservadora		Mastectomía	
	Media	Dt	Media	Dt	Media	Dt	Media	Dt
PVEPF	50,287	13,896	42,289	8,834	53,589	10,783	63,259	14,304
Polarización	20,050	17,545	13,381	10,138	14,497	9,275	38,478	22,265

Tomando como punto de corte de unidimensionalidad un PVEPF mayor de 60% (Weber, Bronner, Shoenninch, et al., 2000; Weber et al., 2001) únicamente las mujeres mastectomizadas cumplirían este criterio. En la muestra control se encontró únicamente una puntuación por encima del punto de corte que indicase unidimensionalidad en la construcción de la imagen corporal (4,2% de la muestra). El 27,3% de la muestra de cirugía conservadora puntúa por encima del punto de corte, y en el grupo de mujeres mastectomizadas, el 41,6% de la muestra mostró un PVEPF por encima de 60%, y un 33% adicional alcanzó puntuaciones por encima del

58%. Esto significa que aproximadamente el 75% de la muestra de pacientes mastectomizadas mostraron un sistema de construcción unidimensional.

Respecto a la variable Polarización, únicamente el grupo de mastectomía puntuó por encima del porcentaje 28,57%.

El siguiente paso fue explorar si las diferencias encontradas eran significativas. Respecto al cumplimiento de los supuestos para el ANOVA, pueden observarse en la Tabla 15 los principales resultados.

Tabla 15.

Pruebas de normalidad y homogeneidad de varianzas para las variables PVEPF y Polarización

Variables	<i>Prueba normalidad</i>			<i>Homogeneidad varianzas</i>	
	Shapiro-Wilk	gl.	Sig.	Levene _(2,44)	Sig.
PVEPF	0,957	47	0,084	2,266	0,016
Polarización	0,855	47	<0,001	6,214	0,004

La variable PVEPF cumplía los supuestos de normalidad e independencia de las observaciones, aunque no el supuesto de homocedasticidad de las varianzas según la prueba de Levene. En el caso de la variable Polarización, se cumplía únicamente la independencia de las observaciones. Por estos motivos se llevaron a cabo las pruebas no paramétricas *H* de Kruskal Wallis y *U* de Mann-Whitney para muestras independientes (Tabla 16).

Tabla 16.

Pruebas no paramétricas para las variables PVEPF y Polarización

Variables	Kruskal-Wallis		Mann Whitney			
	<i>H</i>	Sig.	<i>U</i>	<i>Z</i>	Sig.	<i>r</i> (Cohen)
PVEPF	18,791	<0,001				
No cirugía – Cir. Conservadora			49,00	-2,061	0,002	0,349
No cirugía – Mastectomía			31,00	-3,088	<0,001	0,514
Cir. Conservadora – Mastectomía			38,00	-1,847	0,091	
Polarización	13,900	<0,001				
No cirugía – Cir. Conservadora			125,00	-0,249	0,804	
No cirugía – Mastectomía			38,00	-3,558	<0,001	0,593
Cir. Conservadora – Mastectomía			19,50	-2,863	0,004	0,597

6.3. Comprobación de la Validez Concurrente de la TRC

En primer lugar, para explorar la posible influencia de los índices de psicopatología en las medidas de autoestima e imagen corporal, se llevaron a cabo correlaciones de Pearson entre las puntuaciones del SA-45 y dichos índices. Puede verse en la Tabla 17 que los índices de autoestima aportados por la TRC y los índices ISC y AFA del MBSRQ mantienen correlaciones moderadas similares con los índices de psicopatología Depresión, Somatización y Ansiedad. Se observó además que C.R-I y AFA mantienen correlaciones en sentido inverso con los índices de psicopatología, mientras que D.R-I e ISC tienen correlaciones directas con esas mismas variables. También puede verse que los índices C.R-I y AFA mantienen igualmente correlaciones moderadas similares con los índices Ansiedad Fóbica y Obsesión-Compulsión. En este último caso, también aparece cierta asociación con el índice D.R-I. Para todas las

correlaciones que resultaron significativas el tamaño del efecto fue mediano, estimado mediante r^2 ($0,09 \leq r^2 \leq 0,24$).

Tabla 17.

Correlaciones de Pearson entre los índices de autoestima y los índices de psicopatología evaluados con el SA-45

	C.R-I	D.R-I	ISC	AFA	CAF	COMF
Depresión	-0,397**	0,442**	0,424**	-0,439**	0,246	-0,057
Hostilidad	-0,186	0,113	0,196	-0,113	0,325*	-0,202
Sensibilidad Interpersonal	-0,264	0,188	0,252	-0,250	0,379**	-0,184
Somatización	-0,446**	0,484**	0,400**	-0,603**	0,221	-0,031
Ansiedad	-0,319*	0,308*	0,393**	-0,366*	0,267	-0,117
Psicoticismo	-0,231	0,088	0,239	-0,162	0,313*	-0,226
Obsesión-Compulsión	-0,400**	0,350*	0,214	-0,367*	0,153	-0,024
Ansiedad Fóbica	-0,308*	0,198	0,163	-0,360*	0,093	-0,122
Ideación Paranoide	-0,070	0,096	0,327*	-0,195	0,350*	-0,199

Nota. C.R-I: Correlación Cuerpo Real-Ideal; D.R-I: Disimilaridad Cuerpo Real-Ideal; ISC: Importancia Subjetiva de la Corporalidad; AFA: Atractivo Físico Autoevaluado; CAF: Cuidado del Aspecto Físico; COMF: Conductas Orientadas a Mantener la Forma Física.

* $p < 0,05$; ** $p < 0,01$

En segundo lugar, se exploraron las correlaciones entre los índices de los dos instrumentos de imagen corporal para analizar la existencia de asociaciones entre ellos. En este caso se tomó la decisión de unificar en un mismo grupo las puntuaciones de todas las pacientes, dada la similitud que habían mostrado ambos grupos (mastectomía y cirugía conservadora) en las puntuaciones de la TRC. La Tabla 18 muestra los resultados de las correlaciones en la muestra total, mientras que la Tabla 19 muestra los resultados para cada grupo.

RESULTADOS

Tabla 18.

Correlaciones entre los instrumentos de imagen corporal en la muestra total

	C.R-I	D.R-I	ISC	AFA	CAF	COMF
1. C.R-I	1	-0,843**	-0,275	0,631**	0,028	-0,153
2. D.R-I		1	0,362*	-0,701**	-0,092	0,263
3. ISC			1	-0,301*	0,334*	0,541**
4. AFA				1	0,056	-0,019
5. CAF					1	0,094
6. COMF						1

Nota. C.R-I: Correlación Cuerpo Real-Ideal; D.R-I: Disimilaridad Cuerpo Real-Ideal; ISC: Importancia Subjetiva de la Corporalidad; AFA: Atractivo Físico Autoevaluado; CAF: Cuidado del Aspecto Físico; COMF: Conductas Orientadas a Mantener la Forma Física.

* $p < 0,05$; ** $p < 0,01$

Tabla 19.

Correlaciones entre los instrumentos de imagen corporal en las muestras de controles y pacientes

	C.R-I	D.R-I	ISC	AFA	CAF	COMF
1. C.R-I	--	-0,869**	0,102	0,538**	0,138	-0,070
2. D.R-I	-0,680**	--	-0,110	-0,569**	-0,312	0,139
3. ISC	-0,452*	0,517*	--	-0,047	0,434*	0,678**
4. AFA	0,360	-0,446*	-0,201	--	0,067	-0,006
5. CAF	0,181	-0,298	-0,298	0,348	--	0,244
6. COMF	-0,356	0,622**	0,395	-0,033	-0,085	--

Nota. La parte superior de la tabla muestra las correlaciones en el grupo control. La parte inferior muestra las correlaciones en el grupo de pacientes. C.R-I: Correlación Cuerpo Real-Ideal; D.R-I: Disimilaridad Cuerpo Real-Ideal; ISC: Importancia Subjetiva de la Corporalidad; AFA: Atractivo Físico Autoevaluado; CAF: Cuidado del Aspecto Físico; COMF: Conductas Orientadas a Mantener la Forma Física.

* $p < 0,05$; ** $p < 0,01$

En la muestra total se encontraron diferencias estadísticamente significativas entre dos de las variables del MBSRQ (ISC y AFA) y las variables de la rejilla C.R-I y D.R-I. El tamaño

del efecto, estimado de nuevo con r^2 , es grande para las correlaciones de la variable AFA con C.R-I ($r^2 = 0,398$) y D.R-I ($r^2 = 0,491$). Para la correlación entre D.R-I e ISC el tamaño del efecto se interpreta como mediano ($r^2 = 0,131$).

Al analizar las muestras por separado, las correlaciones significativas se mantuvieron únicamente entre AFA y D.R-I en el grupo control ($r^2 = 0,324$) y en el grupo de pacientes ($r^2 = 0,199$), y entre AFA y C.R-I sólo en el grupo control ($r^2 = 0,289$). Como puede verse en la Tabla 19, existe una potente correlación inversa entre los índices de la TRC, dado que una gran distancia entre la imagen corporal actual y la imagen ideal significa un bajo nivel de autoestima. Así, es comprensible que las correlaciones de AFA con ambos índices sean en direcciones opuestas.

Además, el índice ISC mostró correlaciones significativas en el grupo de pacientes con los índices de la rejilla C.R-I ($r^2 = 0,204$) y D.R-I ($r^2 = 0,267$). Igualmente, y aunque no es estadísticamente significativo en la muestra total, existe una correlación alta entre COMF y D.R-I en el grupo de pacientes ($r^2 = 0,387$).

Posteriormente se analizó la distribución de las variables aportadas por el cuestionario de imagen corporal MBSRQ en las tres muestras. Se tomó la decisión de analizar de nuevo por separado el comportamiento de las variables en el grupo de mujeres mastectomizadas y en el grupo de mujeres sometidas a cirugía conservadora para facilitar la comparación de ambos instrumentos. Inicialmente, al no cumplirse el supuesto de normalidad, se realizaron pruebas no paramétricas para varias muestras independientes. La Tabla 20 muestra los resultados de las pruebas de normalidad y homogeneidad de varianzas.

Tabla 20.

Pruebas de normalidad y homogeneidad de varianzas para el MBSRQ

Variables	Prueba de normalidad			Homogeneidad de varianzas	
	Shapiro-Wilk	gl.	Sig.	Levene (2,44)	Sig.
Importancia Subjetiva de la Corporalidad	0,970	47	0,025	2,936	0,064
Atractivo Físico Autoevaluado	0,927	47	0,006	0,100	0,905
Cuidado del Aspecto Físico	0,964	47	0,011	0,615	0,545
Conductas Orientadas a Mantener la Forma Física	0,970	47	0,261	0,935	0,400

Como aparece en la Tabla 21, se encontraron diferencias estadísticamente significativas en la distribución de las variables ISC y AFA entre el grupo de pacientes mastectomizadas y el grupo control. Además, AFA muestra diferencias significativas en su distribución entre controles y el grupo de cirugía conservadora. Ninguno de los índices mostró diferencias significativas entre pacientes sometidas a mastectomía y a cirugía conservadora. Los resultados referentes a las variables CAF y COMF no fueron significativos.

Se compararon estos resultados con los obtenidos al valorar los índices de autoestima de la TRC (punto 6.2.1). En ambos casos se observó que las diferencias estadísticamente significativas en los índices evaluados se encuentran entre las mujeres del grupo control y las mujeres sometidas a intervención quirúrgica, pero no se encontraron diferencias en la distribución de las puntuaciones entre ambos grupos de cirugía.

Tabla 21.

Pruebas no paramétricas para las variables del MBSRQ

Variables	Kruskal-Wallis		Mann Whitney			
	<i>H</i>	Sig.	<i>U</i>	<i>Z</i>	Sig.	<i>r</i> (Cohen)
Importancia Subjetiva de la Corporalidad	10,108	0,006				
No cirugía – Cir. Conservadora			94,500	-1,334	0,182	
No cirugía – Mastectomía			50,000	-3,158	0,001	0,526
Cir. Conservadora – Mastectomía			42,000	-1,480	0,139	
Atractivo Físico Autoevaluado	17,167	< 0,001				
No cirugía – Cir. Conservadora			46,500	-3,062	0,002	0,518
No cirugía – Mastectomía			40,000	-3,518	< 0,001	0,586
Cir. Conservadora – Mastectomía			44,000	-1,373	0,170	
Cuidado del Aspecto Físico	1,833	0,400				
Conductas Orientadas a Mantener la Forma Física	0,197	0,906				

Posteriormente, se decidió realizar un ANOVA de un factor de estas mismas variables para facilitar la comparación entre las variables de la TRC y del MBSRQ, y dado que ya se habían llevado a cabo pruebas paramétricas de análisis de varianza en variables que no cumplían el supuesto de normalidad. Como puede verse en la Tabla 22, los resultados muestran las mismas diferencias que con las pruebas no paramétricas.

Tabla 22.

ANOVA de un factor para las variables del MBSRQ

Variables	Estadístico de contraste		Tamaño del Efecto	Post – hoc (Bonferroni)	
	$F_{2,44}$	Sig.	η^2	Dif. Media	Sig.
Importancia Subjetiva de la Corporalidad	4,946	0,012	0,184		
No cirugía – Cir. Conservadora				-4,662	0,675
No cirugía – Mastectomía				-11,542	0,009
Cir. Conservadora – Mastectomía				-6,878	0,361
Atractivo Físico Autoevaluado	13,038	<0,001	0,372		
No cirugía – Cir. Conservadora				3,098	0,006
No cirugía – Mastectomía				4,333	<0,001
Cir. Conservadora – Mastectomía				1,235	0,772
Cuidado del Aspecto Físico	1,149	0,326			
Conductas Orientadas a Mantener la Forma Física	0,077	0,926			

6.4. Análisis Cualitativo de los Constructos

La muestra total de constructos es de 542 (*Media* = 11,53; *dt* = 0,99), de los cuales 259 pertenecen al grupo de cirugía (*Media mastectomía* = 11; *dt* = 0,00; *Media cirugía conservadora* = 11,54; *dt* = 0,52) y 283 al grupo control (*Media* = 11,79; *dt* = 1,28). Para explorar la existencia de diferencias entre pacientes y controles en el número de constructos, se realizó la prueba no paramétrica *U* de Mann-Whitney, ya que el número de constructos y las varianzas son diferentes en ambas muestras. No se encontraron diferencias significativas en el número de constructos entre ambas muestras ($U = 22$; $Z = -1,48$; $p = 0,14$). Sin embargo, al separar nuevamente las muestras diferenciando entre tipos de intervención quirúrgica (mastectomía vs cirugía conservadora), sí se encontraron diferencias estadísticamente

significativas aplicando la prueba H de Kruskal-Wallis ($H = 7,39$; $p = 0,02$), aunque únicamente entre los grupos sometidos a cirugía ($U = 30,00$; $Z = -2,91$; $r = 0,60$; $p = 0,02$).

Respecto al número de elementos, el total fue de 658, concretamente 322 elementos en el grupo de estudio y 336 en el grupo control. El número de elementos se mantuvo constante para todas las rejillas (14 elementos), por lo que no existieron diferencias significativas entre las muestras a este respecto.

6.4.1. Sistema de Categorías de contenido para la clasificación de Constructos Corporales (SCCC)

El método utilizado para la creación del sistema de categorías consistió en tomar las rejillas individuales e ir escribiendo cada constructo en una hoja de papel por separado, tal como se describió previamente en el apartado teórico. A continuación, la misma persona ordenó los constructos en grupos similares. Para el desarrollo del sistema de categorías se tuvieron presentes las advertencias de Viney (1983) relativas a la elección de uno o ambos polos del constructo como unidad de categorización, el uso de múltiples codificadores independientes para aumentar la reproductibilidad de los datos; y el uso de estadísticos apropiados que tengan en cuenta el acuerdo por azar para medir la fiabilidad interjueces (Jankowicz, 2004). De este modo, se optó por el uso del constructo completo como unidad de análisis, siguiendo los trabajos previos en este campo (Weber, Bronner, Shoenninch, et al., 2000; Weber, Bronner, Thier, et al., 2000; Weber et al., 2001; Weber et al., 2005). Para la asignación de los constructos a las categorías, se utilizó de forma preferente el polo emergente del constructo, excepto en los casos en que el polo de contraste mostrase un nivel de significado más profundo o que cambiase el significado inicial del constructo.

A la hora de la selección previa de los constructos con los que se construiría el sistema de clasificación, se optó por no excluir ningún tipo de constructo al tratarse de una primera versión del sistema, con el fin de no eliminar posibilidades a priori. Se ha considerado necesario contar con los constructos más superficiales, e incluirlos, al tratarse de un sistema de codificación sobre la imagen corporal, que ha de tener en cuenta aspectos perceptuales y valorativos de la imagen.

Tras ordenar los constructos en agrupaciones similares se obtuvo un total de seis categorías, que fueron nombradas del siguiente modo:

1. Apariencia Objetiva. En esta categoría se agrupan todos los constructos referidos a aspectos objetivables de la apariencia física como tamaño, forma, color, vello.... Algunos constructos incluidos en esta categoría serían grande/pequeño, grueso/fino, hinchado/deshinchado, suave/áspero, etc.
2. Estética. Esta categoría hace referencia a aspectos de la apariencia que se relacionan con la valencia afectiva y la preferencia subjetiva, relacionados con el concepto subjetivo de belleza y con la agradabilidad/desagradabilidad. Entre los constructos de esta categoría se encuentran armonioso/desagradable, bonito/feo, horrible/precioso, normal/anormal (excepto en casos en que uno de los dos polos indicase una idea diferente). Los constructos simétrico/asimétrico y proporcionado/desproporcionado se incluyeron también en esta categoría por la connotación negativa y de desagrado que les atribuían las pacientes.

3. Función. En esta categoría se agrupan los aspectos relacionados con el cumplimiento de la función propia del órgano. Aquí se incluyen constructos como útil/inútil, funcional/disfuncional, enfermo/sano o minusválido/válido.
4. Fortaleza. Aquí se incluyen los constructos relacionados con la fuerza y la debilidad, el decaimiento, y la tensión-distensión. Algunos de los constructos más habituales en esta categoría fueron fuerte/débil, duro/blando, flácido/tenso, resistente/frágil.
5. Dinamismo. Esta categoría hace referencia a aspectos de movilidad, estatismo, hieratismo... algunos constructos incluidos aquí son activo/inactivo, grácil/hierático, pesado/liviano, rígido/flexible, etc.
6. Emociones. En esta última categoría se incluyen constructos que se refieren al ámbito de las emociones, los pensamientos, la sensualidad y la sexualidad, así como la vida y la muerte, como alegre/triste, bueno/malo, deseado/indeseable o vivo/muerto.

La Figura 7 muestra las frecuencias y porcentajes de cada categoría en las distintas muestras. Como puede observarse, las categorías más extendidas son las relacionadas con la Apariencia objetiva, en primer lugar, y con la Estética, en segundo, constituyendo entre ambas más del 60% de los constructos en todas las muestras (Mastectomía = 61,7%; Cirugía Conservadora = 70,6%; Control = 69,6%). En tercer lugar aparece la categoría Emociones, con un porcentaje cercano al 15%. Para las muestras de cirugía conservadora y grupo control, en cuarto lugar se observa la categoría Fortaleza, mientras que Función ocupa el quinto puesto y Dinamismo el último. En el caso del grupo de mastectomía, la categoría Función se posiciona

RESULTADOS

en tercer lugar, Fortaleza en el cuarto y, de la misma manera que en las otras muestras, Dinamismo es la categoría menos codificada.

Para analizar si las diferencias entre grupos en la distribución de los constructos es significativa, se realizó la prueba Chi-Cuadrado dividiendo la muestra en dos grupos ($\chi^2 = 6,168$; gl. = 5; $p = 0,290$), y en tres grupos ($\chi^2 = 17,408$; gl. = 10; $p = 0,060$). Las diferencias encontradas no fueron significativas en ninguno de los dos casos.

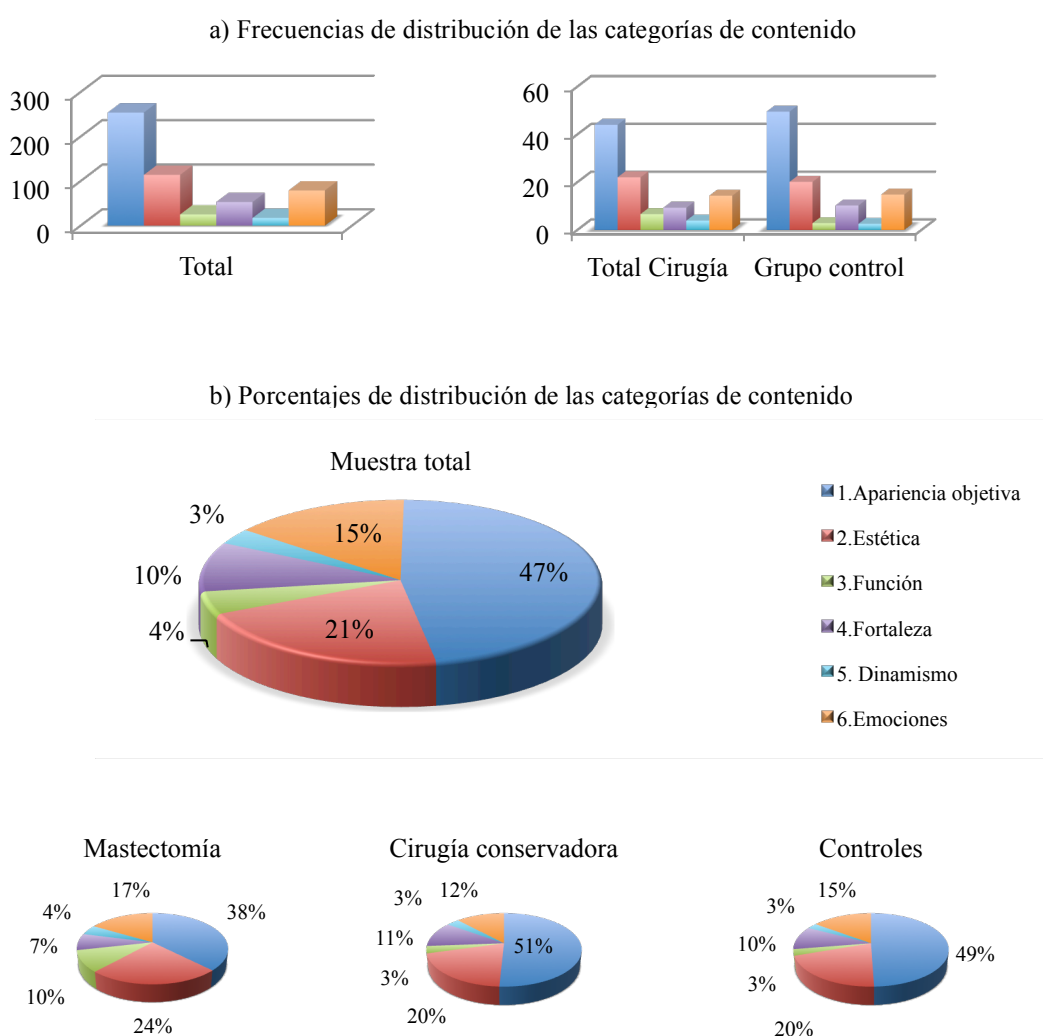


Figura 7. Frecuencias y porcentajes de las categorías de contenido en cada muestra

6.4.2. Fiabilidad del sistema de categorías de clasificación

Para poner a prueba el SCCC, se solicitó a dos jueces independientes, además de la propia investigadora, que clasificasen los constructos siguiendo el mismo método de clasificación. Se optó por jueces con formación y experiencia en el campo de la psicosomática desde diferentes enfoques teóricos, para evitar sesgos relacionados con el conocimiento del marco de la investigación y aumentar la fiabilidad de la codificación (Krippendorff, 2004). La codificación se realizó en dos momentos temporales diferentes, el segundo tras poner en común los desacuerdos entre ellos en la primera codificación. La Tabla 23 muestra los resultados principales de los tres jueces en los dos momentos de clasificación.

Tras este paso, se evaluó el nivel de acuerdo entre los jueces en la clasificación de los constructos según el sistema de categorías ideado, en los dos momentos de codificación. Tras la primera clasificación individual, se alcanzó una proporción de acuerdo de 0,85 entre los tres jueces. Después de poner en común los desacuerdos entre jueces y una segunda clasificación individual, la proporción de acuerdo alcanzado llegó a 0,96. Para evaluar el grado de acuerdo interjueces se utilizó el índice de concordancia Kappa para más de dos evaluadores (Fleiss, 1981), con los márgenes propuestos por Landis (Landis y Koch, 1977) para valorar el grado de acuerdo interjueces según este índice: <0 (Sin acuerdo); 0 – 0,2 (Insignificante); 0,2 – 0,4 (Bajo); 0,4 – 0,6 (Moderado); 0,6 – 0,8 (Bueno); 0,8 – 1 (Muy bueno).

RESULTADOS

Tabla 23.

Frecuencia de codificación de constructos en categorías de los tres jueces según el momento de codificación

JUEZ 1																
CODIFICACIÓN 1									CODIFICACIÓN 2							
Mastectomía		Conservadora		Control		Total			Mastectomía		Conservadora		Control		Total	
Fr	%	Fr	%	Fr	%	Fr	%		Fr	%	Fr	%	Fr	%	Fr	%
1	49	36,8	63	50	138	48,8	250	46,1	50	37,6	63	50	139	49,1	252	46,5
2	32	24,1	25	19,8	57	20,1	114	21	32	24,1	25	19,8	57	20,1	114	21
3	11	8,3	3	2,4	8	2,8	22	4,1	13	9,8	5	4	8	2,8	26	4,8
4	12	9	14	11,1	33	11,7	59	10,9	10	7,5	14	11,1	30	10,6	54	10
5	7	5,3	6	4,8	6	2,1	19	3,5	6	4,5	4	3,2	7	2,5	17	3,1
6	22	16,5	15	11,9	41	14,5	78	14,4	22	16,5	15	11,9	42	14,8	79	14,6
Total	133	100	126	100	283	100	542	100	133	100	126	100	283	100	542	100

JUEZ 2																
CODIFICACIÓN 1									CODIFICACIÓN 2							
Mastectomía		Conservadora		Control		Total			Mastectomía		Conservadora		Control		Total	
Fr	%	Fr	%	Fr	%	Fr	%		Fr	%	Fr	%	Fr	%	Fr	%
1	43	32,3	59	46,8	127	44,9	229	42,3	50	37,6	63	50	139	49,1	252	46,5
2	32	24,1	25	19,8	61	21,6	118	21,8	32	24,1	25	19,8	57	20,1	114	21
3	17	12,8	11	8,7	14	4,9	42	7,7	13	9,8	5	4	8	2,8	26	4,8
4	12	9	12	9,5	31	11	55	10,1	10	7,5	14	11,1	30	10,6	54	10
5	5	3,8	4	3,2	7	2,5	16	3	6	4,5	4	3,2	7	2,5	17	3,1
6	24	18	15	11,9	43	15,2	82	15,1	22	16,5	15	11,9	42	14,8	79	14,6
Total	133	100	126	100	283	100	542	100	133	100	126	100	283	100	542	100

JUEZ 3																
CODIFICACIÓN 1									CODIFICACIÓN 2							
Mastectomía		Conservadora		Control		Total			Mastectomía		Conservadora		Control		Total	
Fr	%	Fr	%	Fr	%	Fr	%		Fr	%	Fr	%	Fr	%	Fr	%
1	58	43,6	61	48,4	157	55,5	276	50,9	50	37,6	62	49,2	140	49,5	252	46,5
2	30	22,6	25	19,8	56	19,8	111	20,5	33	24,8	25	19,8	58	20,5	116	21,4
3	3	2,3	2	1,6	8	2,8	13	2,4	9	6,8	3	2,4	7	2,5	19	3,5
4	8	6	11	8,7	17	6	36	6,6	8	6	14	11,1	30	10,6	52	9,6
5	4	3	5	4	5	1,8	14	2,6	5	3,8	5	4	7	2,5	17	3,1
6	30	22,6	22	17,5	40	14,1	92	17	28	21,1	17	13,5	41	14,5	86	15,9
Total	133	100	126	100	283	100	542	100	133	100	126	100	283	100	542	100

Nota. 1: Apariencia Objetiva; 2: Estética; 3: Función; 4: Fortaleza; 5: Dinamismo; 6: Emociones

A continuación la Tabla 24 muestra los índices de acuerdo entre pares de jueces para el total de la muestra de constructos y en la Tabla 25 aparecen los índices kappa de acuerdo total interjueces para cada una de las categorías del sistema de codificación.

Tabla 24.

Índices kappa de acuerdo entre pares de jueces para los dos momentos de clasificación de constructos

Pares de jueces	1ª CODIFICACIÓN				2ª CODIFICACIÓN			
	K	Error tip. asint ^a	T ^b	Sig.	K	Error tip. asint	T	Sig.
Juez 1 – Juez 2	0,88	0,02	37,96	<0,001	1,00	0,00	41,87	<0,001
Juez 1 – Juez 3	0,76	0,02	30,92	<0,001	0,92	0,01	38,19	<0,001
Juez 2 – Juez 3	0,70	0,02	29,70	<0,001	0,92	0,01	38,19	<0,001

a. Asumiendo la hipótesis alternativa

b. Empleando el error típico asintótico basado en la hipótesis nula

Tabla 25.

Índices kappa de acuerdo interjueces para los dos momentos de clasificación por categorías de contenido

	1ª CODIFICACIÓN						2ª CODIFICACIÓN					
	K	Error típ.	Z	Sig.	I.C. 95%		K	Error típ.	Z	Sig.	I.C. 95%	
					L.I.	L.S.					L.I.	L.S.
1	0,81	0,07	10,76	<0,001	0,66	0,96	0,95	0,07	12,62	<0,001	0,80	1,00
2	0,80	0,06	13,00	<0,001	0,68	0,92	0,94	0,06	15,35	<0,001	0,82	1,00
3	0,54	0,07	7,27	<0,001	0,39	0,68	0,90	0,07	11,88	<0,001	0,75	1,00
4	0,75	0,06	11,78	<0,001	0,62	0,87	0,99	0,06	15,63	<0,001	0,86	1,00
5	0,68	0,08	8,05	<0,001	0,52	0,85	0,96	0,08	11,45	<0,001	0,79	1,00
6	0,84	0,06	13,90	<0,001	0,73	0,96	0,93	0,06	15,25	<0,001	0,81	1,00
Total	0,78	0,01	56,51	<0,001	0,76	0,81	0,95	0,01	68,24	<0,001	0,92	0,97

Nota. 1: Apariencia Objetiva; 2: Estética; 3: Función; 4: Fortaleza; 5: Dinamismo; 6: Emociones. I.C.: Intervalo de confianza. L.I.: Límite inferior; L.S.: Límite superior.

En la primera codificación el grado de acuerdo entre los tres pares de jueces es bueno en todos los casos ($0,60 \leq K \leq 0,80$), existiendo mayor acuerdo entre los jueces 1 y 2, aunque siendo significativo en todos los casos. Tras la segunda codificación, en los tres casos se alcanza un grado de acuerdo muy bueno.

6.5. Viñetas Clínicas

Para ilustrar la aplicación de la TRC en el contexto clínico, se tomará como ejemplo el caso de dos pacientes que obtuvieron puntuaciones similares en imagen corporal con el MBSRQ.

La Paciente 1 es una mujer de 56 años, divorciada, con tres hijos adultos y estudios intermedios. Fue diagnosticada de un carcinoma intraductal y se sometió a mastectomía radical unilateral como único tratamiento para el cáncer de mama. La paciente no tiene antecedentes de salud mental relevantes y no está en tratamiento con psicofármacos en el momento de la recogida de datos.

La paciente 2 es una mujer de 55 años, también divorciada, con dos hijos adultos y estudios intermedios igualmente. En su caso, recibió diagnóstico de carcinoma ductal infiltrante y fue sometida a segmentectomía y linfadenectomía. Tras esta intervención quirúrgica, recibió quimioterapia y radioterapia. En el momento de la evaluación se encuentra en tratamiento con Letrozol (tratamiento hormonal inhibidor de la aromatasa). La paciente no refiere antecedentes psiquiátricos de interés y no está en tratamiento con psicofármacos en el momento de la recogida de datos.

Ambas pacientes obtuvieron resultados similares en el MBSRQ y el SA-45, como puede observarse en la Tabla 26, y en los dos casos las pacientes obtuvieron puntuaciones estadística y clínicamente significativas al compararlas con las puntuaciones normativas en somatización, depresión y ansiedad del SA-45 y las variables ISC, AFA y CAF del MBSRQ.

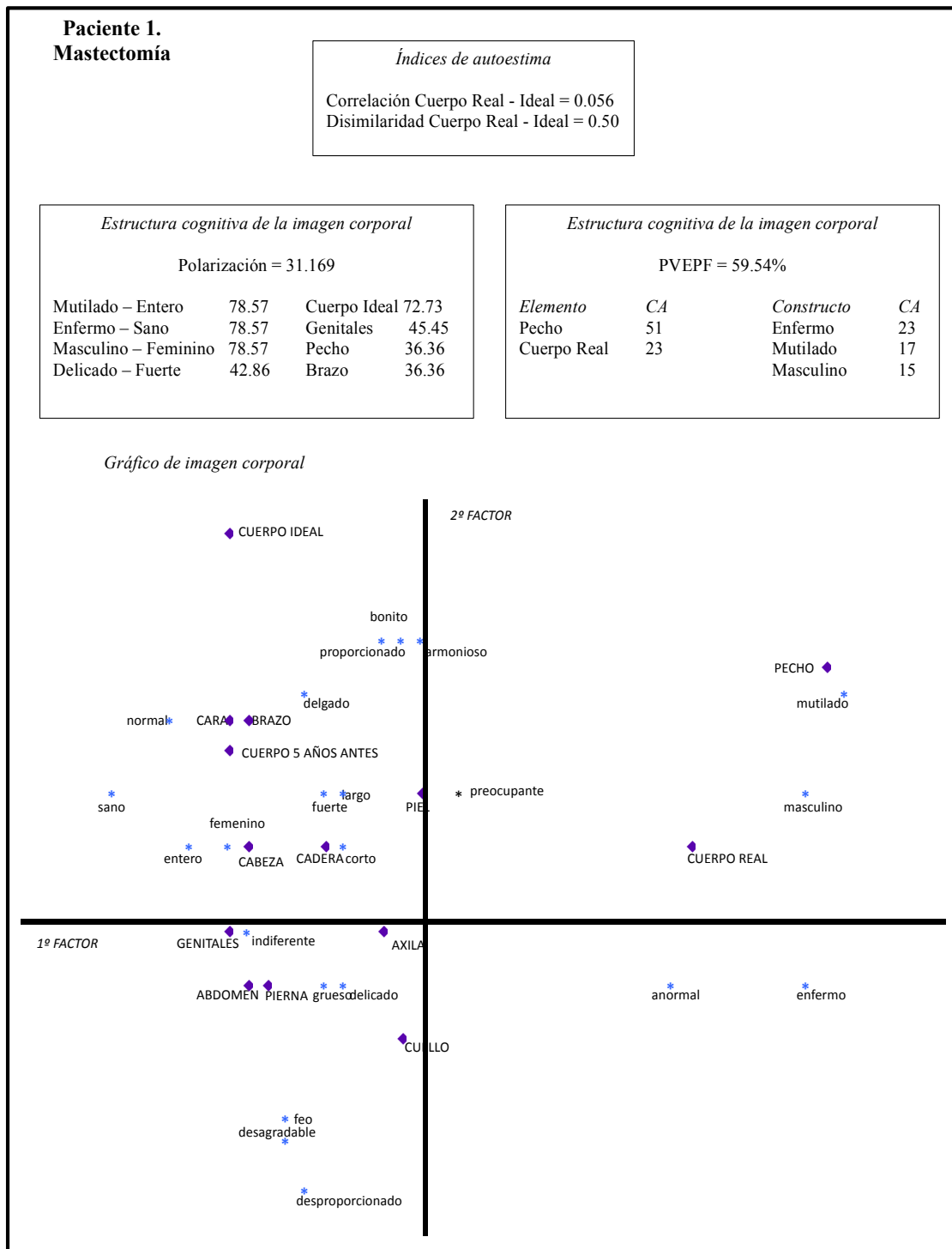
Tabla 26.

Ejemplo de resultados obtenidos por una paciente mastectomizada y una paciente de cirugía conservadora en los cuestionarios MBSRQ y SA-45

Variables	Paciente 1	Paciente 2	Puntuaciones normativas	
			<i>M</i>	<i>(dt)</i>
SA-45				
Hostilidad	7	5	2,80	(3,5)
Somatización	14	13	4,37	(3,8)
Depresión	12	12	4,37	(3,8)
Obsesión-Compulsión	10	5	5,51	(3,7)
Ansiedad	12	11	3,74	(3,9)
Sensibilidad Interpersonal	6	7	5,92	(4,6)
Ansiedad Fóbica	4	3	1,96	(2,7)
Ideación Paranoide	8	5	4,56	(3,7)
Psicoticismo	0	1	1,71	(2,3)
MBSRQ				
Importancia Subjetiva de la Corporalidad	3,20	2,90	2,04	(0,15)
Atractivo Físico Autoevaluado	2,67	2,67	3,59	(0,36)
Cuidado del Aspecto Físico	3,60	3,40	4,31	(0,24)
Conductas Orientadas a Mantener la Forma física	2,86	2,86	2,04	(0,24)

Aunque ambos perfiles parecen similares, al tener en cuenta los resultados obtenidos con la TRC se observan algunas diferencias importantes como muestran las Figuras 8 y 9.

RESULTADOS



Nota. PVEPF: Porcentaje de Varianza Explicado por el Primer Factor; CA: Contribución absoluta del elemento/constructo a factor, valorada de 0 a 100

Figura 8. Ejemplo de resultados obtenidos con la rejilla corporal y gráfico de construcción corporal en una paciente sometida a mastectomía

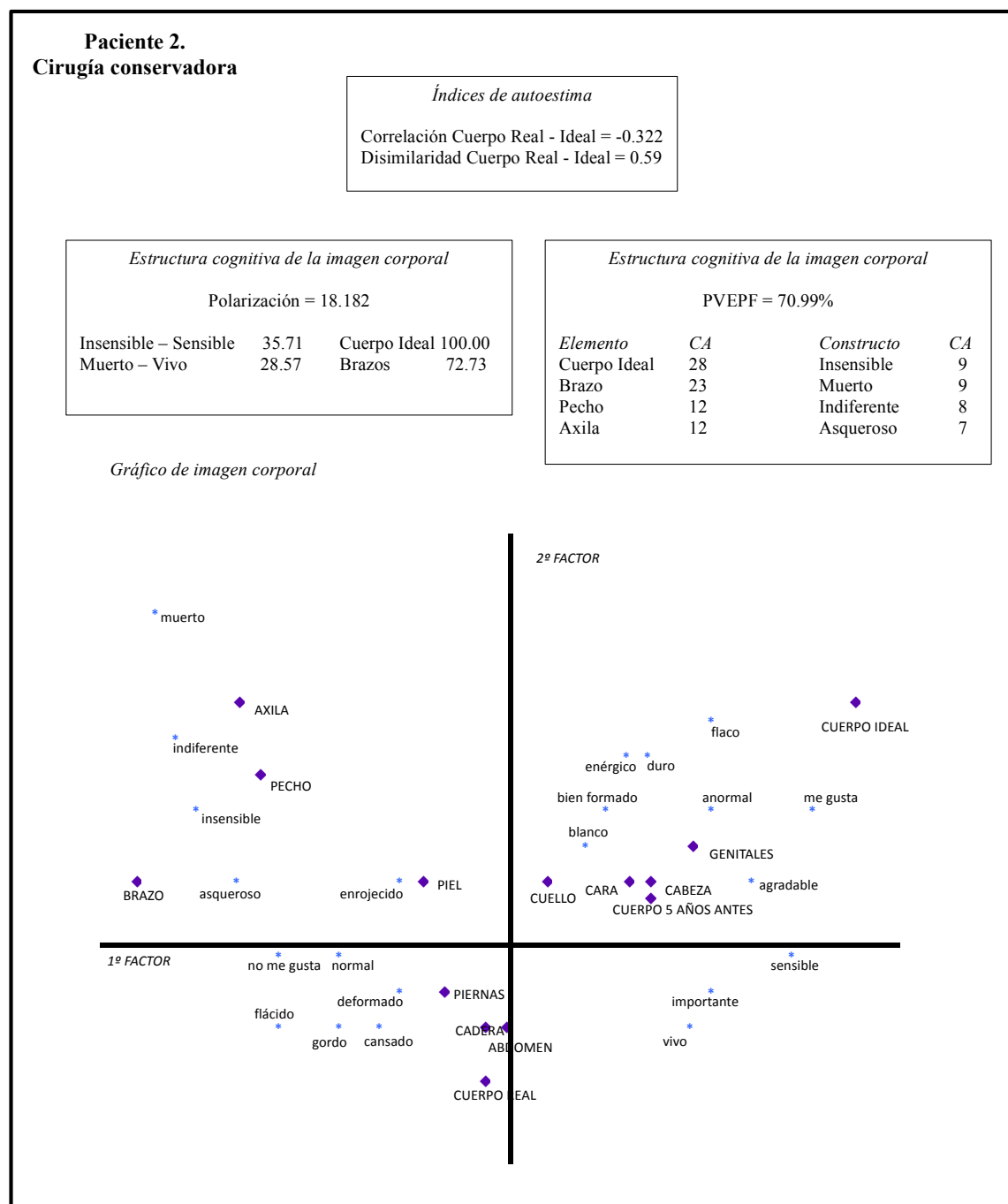


Figura 9. Ejemplo de resultados obtenidos con la rejilla corporal y gráfico de construcción corporal en una paciente sometida a cirugía conservadora

Aunque las dos pacientes muestran un nivel bajo y negativo de autoestima centrada en aspectos corporales, la Paciente 2 muestra una peor visión de sí misma, tal como se puede observar en las puntuaciones C.R-I y D.R-I. Es más, en el caso de la segunda paciente, sometida a cirugía conservadora, ambos índices de autoestima son ligeramente mas negativos, contrariamente a lo que podría esperarse de forma intuitiva y según ha establecido la literatura más clásica a este respecto (Die Trill y Die Goyanes, 2003; Sánchez, 2015).

Al centrar la atención en las variables estructurales de la TRC, puede observarse que la Paciente 2 tiene un sistema cognitivo, al menos en los aspectos referidos a la imagen corporal, más indiferenciado y unidimensional, en el que el primer factor explica más del 70% de la varianza de los datos de su rejilla. Sin embargo, la Paciente 1 muestra un PVEPF de 59,54% que, si bien es también alto e indiferenciado, no alcanza la misma magnitud que el anterior. Existen además diferencias significativas en cuanto a los elementos que contribuyen a la determinación de este primer factor: en el caso de la Paciente 1, el Cuerpo real parece ser un referente en la forma en que construye sus significados, mientras que en el caso de la Paciente 2, el referente no se encuentra tanto en cómo se ve actualmente, sino en cómo le gustaría verse (Cuerpo ideal). En el caso de esta última paciente, el brazo y la axila contribuyen también a este PVEPF, además del pecho. Esto tiene sentido ya que la paciente fue sometida a vaciamiento axilar y corría riesgo de linfedema en el brazo.

También existen diferencias en cuanto a los constructos con los que las pacientes dan sentido a su experiencia corporal. En el caso de la Paciente 1, la experiencia corporal parece explicada en términos de enfermedad, mutilación y masculinidad. En el caso de la Paciente 2, aunque parecen existir ciertas similitudes en cuanto a los constructos que tienen que ver con la

muerte de partes corporales o la ausencia de sensibilidad, el significado principal se refiere a aspectos evaluativos y emocionales (indiferente – asqueroso, agradable – desagradable).

En las Figuras 8 y 9 aparecen los gráficos de construcción corporal de ambas pacientes. Estos gráficos son el resultado del Análisis de Correspondencias (AC) proporcionado por el programa RECORD 5.0 (Feixas y Cornejo, 1996; Feixas et al., 2012). En el caso de la Paciente 1 el primer factor está determinado por los polos de los constructos enfermo, mutilado y masculino, así como por el elemento Pecho y el Cuerpo real, como se comentaba previamente, y por los polos sano, normal, entero y femenino, así como por los elementos Cara y Genitales, en el extremo opuesto. En esta paciente el segundo factor estaría delimitado en un extremo por el elemento Cuerpo ideal, y los polos de los constructos proporcionado y bonito, y por los elementos Piernas y Cuello y los polos desagradable, feo y desproporcionado en el extremo opuesto. Sin embargo, al centrar la atención en la Paciente 2, se observa que el Cuerpo ideal determina el primer factor junto con los polos me gusta y sensible en un extremo, y los elementos Brazo, Axila y Pecho determinan el opuesto junto a los polos muerto, indiferente e insensible. Los elementos Cuerpo real y Axila contribuyen de forma significativa también a la determinación del segundo factor, siendo en este caso Cuerpo real y Abdomen los elementos que marcan el extremo opuesto. En cuanto a los constructos más contribuyentes al segundo factor, se encuentran vivo-muerto y gordo-flácido.

Siguiendo con las medidas de estructura cognitiva, la Paciente 1 muestra mayor polarización de su sistema en general, lo que significaría una tendencia a un pensamiento más dicotómico, con cierta rigidez cognitiva, en particular respecto a algunos elementos y constructos que indican la relevancia que la paciente les otorga en la construcción de su imagen corporal (mutilado – entero, enfermo – sano, masculino – femenino; Cuerpo ideal, Genitales o

Pecho). La Paciente 2, en cambio, no muestra una polarización relevante como índice global ni para los constructos. Aunque el elemento Cuerpo ideal está extremadamente polarizado.

Además de estas diferencias estructurales, pueden encontrarse algunas diferencias a nivel cualitativo en ambas pacientes. La Tabla 27 muestra la distribución de los constructos de ambas pacientes por temáticas de contenido según el sistema de clasificación desarrollado.

Tabla 27.

Distribución de los constructos de dos pacientes por áreas temáticas de contenido

Variables	Paciente 1		Paciente 2	
	Fr.	%	Fr.	%
Apariencia objetiva	2	18,18	3	27,27
Estética	4	36,36	2	18,18
Función	2	18,18	1	9,09
Fortaleza	1	9,09	1	9,09
Dinamismo	0	0	0	0
Emociones	2	18,18	4	36,36
Total	11	100	11	100

Aunque inicialmente parece que ambas pacientes son similares en cuanto a psicopatología e imagen corporal según los cuestionarios psicométricos aplicados, al prestar atención a los resultados de la TRC aparecen diferencias relevantes en la forma en que construyen su imagen corporal. A pesar de que ambas muestren una autoestima corporal baja y negativa, parece que pueda deberse a razones diferentes en cuanto a la diferenciación y rigidez de la estructura de sus construcciones corporales, además de a diferencias en las temáticas que más destacan en estas construcciones.

7. DISCUSIÓN

7.1. Hipótesis 1. Nivel de Autoestima y Construcción de la Imagen Corporal

En esta investigación se ha abordado el estudio de la imagen corporal y la autoestima centrada en aspectos corporales en mujeres sometidas a cirugía por cáncer de mama, con especial énfasis en la cirugía radical o mastectomía. Aunque gran parte de la investigación se centra únicamente en las consecuencias de la mastectomía, encontrando una clara influencia negativa de la mastectomía sobre la imagen corporal respecto a mujeres sanas (Achte et al., 1987), se optó por examinar también el impacto en las pacientes sometidas a otro tipo de cirugía.

La primera hipótesis constaba de tres apartados, cada uno de ellos referido a una medida diferente de la imagen corporal con la TRC: medidas de autoestima centrada en aspectos corporales, integración de áreas corporales en la construcción de la imagen corporal, e índices de estructura cognitiva.

Respeto a la autoestima corporal, la hipótesis era que las pacientes sometidas a mastectomía mostrarían peores resultados, con una autoestima más baja y negativa, que las pacientes de cirugía conservadora y que el grupo de mujeres sanas. Tal como se había previsto, la autoestima de las pacientes fue, en general, más baja y negativa que la del grupo control. Sin embargo, en contra de lo previsto, no se encontraron diferencias estadísticamente significativas en el nivel de autoestima entre los dos grupos de pacientes. En base a estos resultados, sería lícito pensar que las mujeres sometidas a procedimientos quirúrgicos mamarios tienen un nivel de autoestima corporal más bajo y negativo en general que las mujeres sanas, mientras que tanto las mujeres mastectomizadas como las sometidas a cirugías conservadoras muestran un nivel de

autoestima similar. Estos resultados contradicen los encontrados en otros estudios, según los cuales las mujeres mastectomizadas tienen peor imagen corporal y una autoestima más baja que las mujeres que han pasado por una tumorectomía (Mock, 1993; Yurek, Farrar, y Andersen, 2000). En cuanto a la mastectomía específicamente, Vázquez-Ortiz et al. (2010) afirman que las mujeres mastectomizadas muestran alteraciones en la imagen corporal y la sexualidad más allá del primer año tras la intervención quirúrgica, aunque no hace referencia a cirugía conservadora. En la misma línea de resultados que los obtenidos en esta investigación, otros grupos tampoco han encontrado diferencias entre distintos tipos de cirugía (mastectomía con reconstrucción, mastectomía sin reconstrucción y tumorectomía), incluso en los años siguientes al tratamiento (Parker et al., 2007; Schover et al., 1995). Del mismo modo, en el meta-análisis llevado a cabo por Moyer (1997) en el que se comparan los resultados de la cirugía conservadora y la mastectomía, tras controlar otras variables como el ajuste psicológico, marital-sexual y social, y los miedos y preocupaciones relacionados con el cáncer, únicamente se encuentra una ligera ventaja para la cirugía conservadora.

En segundo lugar, la hipótesis de investigación hacía referencia a la integración y aceptación de las diferentes partes del cuerpo en función de si están o no afectadas por la cirugía. En general, en cuanto a la visión del Cuerpo real, se encontró una peor integración de las distintas áreas corporales respecto a la imagen corporal global en el caso de las mujeres mastectomizadas con respecto al grupo control, tanto en lo que se refiere específicamente al pecho y las axilas como al resto de zonas. Sin embargo, no se encontraron diferencias entre los dos grupos de cirugía.

En cuanto a la distancia de elementos corporales respecto al Cuerpo ideal, como medida de la aceptación o rechazo de esos elementos, no se encontraron dificultades en la integración

de los mismos en la imagen corporal global, aunque sí se observa una menor aceptación, especialmente del pecho y las axilas, en las mujeres sometidas a cirugía frente a las mujeres sanas, siendo más importante el rechazo en las mujeres mastectomizadas. En general, no aparecieron diferencias significativas entre ambos grupos de cirugía a este respecto, aunque sí se observa una mayor aceptación de los elementos específicamente relacionados con la cirugía en las mujeres sometidas a procedimientos conservadores que radicales. En esta línea de resultados, Vázquez-Ortiz et al. (2010) afirman que la mastectomía por cáncer de mama no se asocia a una peor autovaloración cuando se lleva a cabo de forma global, incluyendo estado de salud, apariencia física y capacidad funcional, aunque sí se ven afectadas determinadas áreas de la imagen corporal (actitudes frente a la propia desnudez y el atractivo físico). Por otra parte, los resultados obtenidos concuerdan sólo parcialmente con los estudios de Die Trill y Die Goyanes (2003), quienes afirman que las mujeres sometidas a cirugías conservadoras preservan mejor la imagen e integridad corporales en comparación con las mujeres mastectomizadas.

Tampoco se encontró que se produzca una disociación en la imagen corporal, que se informa como componente importante de la experiencia del cáncer de mama creador de un sentimiento de disonancia entre la mujer y su propio cuerpo (Rosenblatt, 2006).

Por último, respecto a la estructura cognitiva de la imagen corporal, la hipótesis sostenía que las pacientes mastectomizadas mostrarían mayor rigidez cognitiva, en términos de una mayor unidimensionalidad (escasa diferenciación) y un alto nivel de polarización, que los otros grupos. Los resultados muestran que no existen diferencias importantes entre las mujeres con mastectomía y con cirugía conservadora en cuanto a la diferenciación del sistema de construcción de la imagen corporal. Estos resultados, junto con la no diferencia en autoestima corporal ni en imagen corporal global, pueden parecer sorprendentes de entrada. En una revisión

de la literatura reciente sobre los efectos psicológicos de la mastectomía, Sánchez (2015, p.68) sugiere que las mastectomías “han perdido parte de la naturaleza traumática que una vez poseyeron”, y que el cambio de mentalidad debido a la imagen pública de mujeres famosas mastectomizadas y a la cirugía reconstructiva pueden estar suavizando el impacto de la cirugía en las reacciones emocionales. Este cambio en la percepción social de la mastectomía podría explicar parcialmente la similitud de resultados entre ambos tipos de pacientes. Por otra parte, la ausencia de diferencias estadísticas en diferenciación cognitiva y en los índices de autoestima podría deberse al hecho de que, aunque las mujeres con cirugía conservadora no pierden el pecho, la cirugía puede afectar a la forma en que estas mujeres perciben su cuerpo, tanto su apariencia como su funcionamiento, su feminidad, las implicaciones sobre la maternidad, etc. En otras palabras, la alteración en la imagen corporal podría estar causada por factores distintos a la experiencia somática de la pérdida del pecho. Estos factores estarían presentes en todas las pacientes, de modo que la idea del “pecho con cicatrices” y sus implicaciones podría generar bastante miedo de por sí, sin la necesidad de una mutilación completa, como para afectar a la imagen corporal. Esta idea encaja con el planteamiento de Cipolleta et al. (2014), según el cual la información somática, referida a la toma de conciencia somática o a eventos somáticos más amplios, no es un fenómeno relevante en sí mismo, sino que adquiere su relevancia sólo cuando la persona le da alguna interpretación, siempre basada en el contexto en el que la persona está viviendo. De un modo similar, Aguilar Cordero et al. (2015) en el estudio en que comparaban mujeres recién diagnosticadas y mujeres mastectomizadas más de un año antes, encontraron que ambos grupos presentaban alteraciones de la imagen corporal, incluso de forma previa a la cirugía. Como se señalaba anteriormente, parece que la alteración de las mujeres recién diagnosticadas se relaciona con la idea de un cuerpo incompleto, no tanto con el hecho en sí mismo, ya que aunque aún no se sabía si tendrían que amputarles el pecho, sí presentaban un

sentimiento de pérdida. Esta explicación se ve apoyada en la presente investigación ya que ambos grupos de pacientes muestran peor autoestima, y mayor unidimensionalidad que el grupo control. Del mismo modo, Weber et al. (2001, 2005) encontraron en su estudio con pacientes hematológicos que los pacientes mostraban una imagen corporal unidimensional (PVEPF mayor de 60%). Estos autores explican esta restricción como un mecanismo para afrontar la amenaza que supone el proceso oncológico. En nuestra investigación, la mayor unidimensionalidad de la imagen corporal que muestran todas las pacientes, y el hecho de que no existan diferencias en restricción entre los grupos de pacientes, podría entenderse también como un mecanismo de afrontamiento para lidiar con el proceso de enfermedad y su tratamiento.

No obstante, a pesar de las similitudes encontradas en las pacientes, existe una diferencia importante en la polarización entre ambos grupos. El grupo de mujeres mastectomizadas mostró, en general, niveles más altos de polarización que el grupo de cirugía conservadora, siendo ésta una diferencia estadísticamente significativa. Investigaciones previas han mostrado que las personas con historia de trauma muestran más puntuaciones extremas o polarizadas (Harter, Erbes, y Hart, 2004; Sewell et al., 1996; Soldevilla, Feixas, Varlotta y Cirici, 2014). Si se considera el cáncer como un evento traumático, tendría sentido que las construcciones de las pacientes con cáncer estén más polarizadas que en las mujeres sanas, incluso en los aspectos relacionados con la imagen corporal. Además, las altas puntuaciones de las mujeres mastectomizadas frente a las de cirugía conservadora sugieren una experiencia diferente del trauma en estas pacientes, y quizás un mayor sentido de amenaza y crisis. Por otro lado, y tomado como un índice global, un alto nivel de polarización se ha relacionado con una mayor rigidez cognitiva (Feixas y Cornejo, 1996; 2002), por lo que podría interpretarse que las mujeres

mastectomizadas muestran mayor nivel de rigidez cognitiva, posiblemente como un mecanismo de defensa que les permite hacer frente al cambio brutal de su imagen corporal.

Los resultados mostrados tienen interés clínico de cara a la intervención psicológica sobre la imagen corporal. En el caso de la mastectomía, podría pensarse en la necesidad de realizar un abordaje global del esquema corporal en primer lugar, ya que existe una pobre integración de todas las partes del cuerpo, que permita una construcción más completa y adaptada de la imagen corporal, para más adelante centrar la intervención en la aceptación y “reconciliación” con las zonas específicamente afectadas por la intervención (pecho y axilas). En cuanto a la intervención sobre la autoestima, el hecho de no haber encontrado diferencias entre ambos grupos de cirugía pero sí respecto a las mujeres sanas induce a pensar en la necesidad de intervenir sobre otros aspectos, tangencialmente relacionados con los corporales, como puedan ser el rol de enfermo y/o el cambio en la situación laboral, o la afectación que la imagen pueda tener en las familias y personas cercanas a las pacientes, ya que probablemente sean factores que estén jugando un papel muy importante en el empeoramiento de la autoestima corporal.

Además, los resultados sobre estructura cognitiva son relevantes de cara al planteamiento de la intervención. Tomando como ejemplo las viñetas clínicas expuestas previamente (ver apartado 6.5), en el caso de la Paciente 1, que tenía puntuaciones más altas en polarización, uno de los focos terapéuticos podría orientarse hacia la flexibilización de las construcciones en su imagen corporal, además de lograr una mayor comprensión de los constructos principales y relacionados en los que basa su imagen, para facilitar la elaboración de la experiencia de trauma y su integración con el resto de su sistema de construcción. Sin embargo, con la Paciente 2, que muestra una polarización dentro de lo esperable, pero tiene un

alto nivel de indiferenciación, el foco podría estar más en ayudarle a generar más dimensiones de significado independientes que puedan ayudarle a dar cuenta de su experiencia.

7.2. Hipótesis 2. Comprobación de la Validez Concurrente de la TRC

En esta hipótesis se planteaba que los resultados sobre imagen corporal obtenidos con los índices de autoestima de la TRC se corresponderían con los resultados obtenidos mediante un cuestionario de imagen corporal validado. Hasta donde conocemos, no ha habido intentos previos por relacionar la TRC con una escala psicométrica de imagen corporal. Se utilizó como instrumento de comparación la versión española del MBSRQ validada por Botella et al. (2009) ya que permite evaluar la imagen corporal en sí misma y no únicamente sus alteraciones.

Estos resultados suponen un primer acercamiento al estudio de la validez de la TRC, centrado en la validez concurrente de la misma. La validez concurrente permite obtener una medida de la asociación entre las puntuaciones del instrumento que se utiliza y otra escala de referencia, que tenga un contenido y propósito equivalente (Bulbena, Barrios, y Fernández de Larrinoa, 2000). En este caso, el contenido y propósito se refieren a la medición de la imagen corporal.

En primer lugar se analizó la asociación de diferentes índices de psicopatología (evaluados mediante el SA-45) con los instrumentos de imagen corporal. El propósito de este análisis fue controlar la posible influencia diferencial de la psicopatología mostrada por las pacientes en los instrumentos de evaluación. Ambos grupos de pacientes mostraban puntuaciones elevadas en depresión, somatización, ansiedad y obsesión-compulsión, respecto a la muestra control. Además, las pacientes de cirugía conservadora también mostraban diferencias con las mujeres sanas en sensibilidad interpersonal, psicoticismo e ideación

paranoide. Se encontraron correlaciones similares de los índices de psicopatología depresión, somatización y ansiedad con los índices de autoestima de la TRC y los índices ISC y AFA del MBSRQ. La variable obsesión-compulsión mostraba también asociación con los índices AFA, C.R-I y D.R-I. Se concluye que los resultados en imagen corporal obtenidos mediante los dos instrumentos se ven afectados de una manera similar por la psicopatología que puedan mostrar las pacientes.

Los resultados mostraron algunas semejanzas interesantes entre ambos instrumentos. Particularmente relevante fue la correlación entre los índices de autoestima de la TRC y el índice AFA. Dado que la autoestima es la valoración que la persona hace de su autoconcepto (Mora y Raich, 2010), no es sorprendente que los índices de la rejilla que tradicionalmente evalúan esa construcción, estén relacionados con el índice que se orienta a la auto-valoración del atractivo. De las dos medidas de la TRC, la que mostraba una asociación más clara era la medida de la distancia entre el Cuerpo real y el ideal (D.R-I). Para este índice, la asociación con la variable AFA fue significativa en todos los grupos. No ocurrió lo mismo con el índice compuesto por la correlación entre el Cuerpo real y el ideal (C.R-I), que sí mostró una asociación significativa en la muestra control pero no en el caso de las pacientes. Para entender esta diferencia puede tomarse en cuenta la consideración de Trujillo (2016), quien sugiere que los índices basados en correlaciones no son los más apropiados a la hora de medir la discrepancia, ya que al depender de la dirección de las puntuaciones de los constructos algunas operaciones matemáticas podrían verse dificultadas. Por ello esta autora recomienda el uso de las distancias entre elementos. Sin embargo, tal como plantea Mackay (1992), existen métodos como la alineación de los constructos para resolver estos problemas. Del mismo modo, Feixas y Cornejo (2002) apuntan a que las correlaciones producto-momento pueden tener algunos

problemas relacionados con que: a) las correlaciones lineales detectan similitudes entre los elementos pero no su proximidad, y b) la misma correlación producto-momento puede esconder distribuciones de datos muy dispares (p.e. influencia de las puntuaciones extremas en los resultados). Mackay también señala que la correlación es una medida de asociación, lo que significa que dos elementos varían juntos, pero no significa que sea una medida de similitud en sí misma (Cronbach y Gleser, 1953; Mackay, 1992). Según plantea, el hecho de que dos elementos estén asociados no significa necesariamente que sean similares. En este caso, podría ser interesante investigar si la correlación entre el cuerpo real y el ideal significa lo mismo que la distancia entre ambos en este tipo de pacientes.

No se detectaron, sin embargo, correlaciones significativas entre la rejilla y los índices CAF y COMF. Esta falta de asociación probablemente se deba a que miden aspectos diferentes: los índices CAF y COMF se refieren específicamente a conductas concretas orientadas a cuidar del cuerpo, mientras que el índice AFA y los índices de la TRC se refieren a la percepción global y a la valoración que se hace de ésta y las emociones asociadas.

Parece que la TRC, al menos en cuanto a los índices relacionados con la autoestima, muestra una validez concurrente adecuada.

7.3. Hipótesis 3. Análisis Cualitativo de los Constructos

El último objetivo de este estudio era desarrollar sistema de clasificación de categorías de contenido de los constructos corporales (SCCC), a partir de los datos obtenidos con las TRC de la muestra de pacientes y controles. Se proponía también la identificación de las áreas temáticas más destacadas en cada grupo, y el estudio de las diferencias encontradas.

A partir de los datos de las TRC se construyó un sistema de seis categorías: Apariencia objetiva, Estética, Función, Fuerza, Dinamismo/Energía y Emociones. Este sistema coincide parcialmente con el desarrollado por Weber et al. (Weber, Bronner, Shoenninch, et al., 2000; Weber et al., 2005) en pacientes con enfermedades hematológicas. Los dos sistemas incluyen las categorías Función, Fuerza, Dinamismo y Emociones. En el sistema creado no existe la categoría Control, relativa a la autonomía, el control, la maestría y el orden, que aquí se ha incluido en las categorías Función y Fortaleza. Otra diferencia significativa entre ambos sistemas es que el grupo de Weber agrupa los aspectos relacionados con la apariencia externa en una única categoría, mientras que aquí se ha optado por separar los aspectos objetivos (Apariencia objetiva) y subjetivos (Estética) debido a la gran abundancia de ambos en la muestra y a la importancia atribuida por las participantes a la diferencia entre ambas durante el proceso de evaluación. De hecho, en las muestras de pacientes con cáncer de mama, Apariencia objetiva y Estética fueron las categorías más extendidas, mientras que en la muestra de Weber fue la menos representada (Weber, Bronner, Shoenninch, et al., 2000; Weber, Bronner, Thier, et al., 2000). Esta diferencia puede en parte explicarse por el uso de zonas visibles del cuerpo como elementos de la rejilla. También es importante tener en cuenta que en pacientes con cáncer de mama las repercusiones físicas (cicatrices, mutilación, seromas...) son muy visibles en comparación con los pacientes hematológicos.

En ambos estudios, Emociones y Fortaleza ocuparon posiciones intermedias en la distribución de todas las muestras, mientras que Dinamismo fue menos frecuente.

En los resultados se encuentra un mayor parecido en la distribución de las categorías entre las pacientes con cirugía conservadora y las mujeres del grupo control, aunque sin obtener diferencias significativas en ninguno de los casos. La similitud en la distribución de las

categorías entre pacientes y controles sugiere una construcción parecida de la imagen corporal en los tres grupos. Esta idea está en la misma línea de los resultados del primer objetivo, donde no se encontraron diferencias en la integración de distintos aspectos corporales en las muestras a la hora de construir la imagen corporal. En la misma línea, ya se ha comentado que Vázquez-Ortiz et al. (2010) afirman que, aunque determinadas áreas de la imagen corporal sí se vean afectadas por la cirugía, la mastectomía por cáncer de mama no se asocia a una peor autovaloración cuando se lleva a cabo de forma global, incluyendo estado de salud, apariencia física y capacidad o función. Estos resultados indicarían una construcción corporal parecida en mujeres sanas y pacientes.

Sin embargo, sí se encontraron algunas diferencias clínicas entre ambos grupos de pacientes en cuanto a la categoría Función. Los resultados mostraron que las pacientes mastectomizadas muestran una mayor preocupación por los aspectos funcionales de su imagen corporal. La mayor relevancia que las pacientes mastectomizadas dan a la funcionalidad se ha explicado previamente en base a que la pérdida del pecho completo implica un mayor deterioro de la percepción de feminidad, atractivo, sexualidad y posibilidades de maternidad (Carver et al., 1998; Manos et al., 2005; Santos, Ford, Dos Santos, y Vieira, 2014). Weber et al. (2005) encontraron que la categoría Función, junto con Emociones, era la más utilizada por los pacientes hematológicos. Estos autores consideran que la restricción cognitiva hacia contenidos funcionales de las pacientes puede ser una forma de enfrentarse al impacto emocional del diagnóstico.

Respecto a la fiabilidad del SCCC, cabe señalar el aumento del grado de acuerdo entre los jueces en la segunda codificación. En un primer momento, se alcanzó un grado de acuerdo bueno para todas las categorías, excepto para Función, donde el grado de acuerdo fue moderado.

Tras la segunda codificación, el grado de acuerdo conseguido fue muy bueno, incluida la categoría mencionada anteriormente, aunque con menor puntuación que las demás. Sería interesante explorar la significación de esta categoría para los jueces, de cara a seguir trabajando en la creación de criterios y definiciones comunes.

En general el sistema de categorías creado muestra muy buena fiabilidad interjueces, lo que permite utilizar dicho sistema para continuar profundizando en el estudio de la TRC como instrumento de evaluación de la imagen corporal y en los contenidos de los sistemas de constructos de pacientes en distintas enfermedades en que la imagen corporal se ve afectada. Conocer qué áreas temáticas preocupan más a las pacientes, así como las que no aparecen en la construcción de una paciente en concreto, puede llevar a centrar la intervención psicoterapéutica en la transformación y/o creación de nuevos significados que permitan una mayor integración de los cambios sufridos durante el proceso. Un ejemplo puede ser ayudar a la paciente a integrar el impacto de la pérdida de función y expandir el significado subjetivo de su imagen corporal incluyendo otras áreas (fuerza, dinamismo...).

7.4. Limitaciones

Los resultados obtenidos en este estudio deben interpretarse con precaución debido a sus limitaciones, fundamentalmente metodológicas: la selección incidental de la muestra, el pequeño tamaño de la muestra en cada grupo y el sesgo que establece que se limite a pacientes pertenecientes al programa de Psicooncología, así como la aplicación grupal de la técnica de evaluación utilizada pueden limitar los resultados.

La aplicación de la TR en los ámbitos de la clínica y la investigación constituye un reto importante, ya que requiere un adecuado entrenamiento del evaluador y una disponibilidad de

tiempo suficiente para llevar a cabo la elicitación de los constructos y la puntuación de la rejilla. Por lo tanto, es comprensible que los estudios sobre la validación de la TRI sigan siendo limitados, ya que llevarlos a cabo supone un gran desafío. Además, las limitaciones en el número de investigadores han impedido realizar el estudio con una muestra más amplia. Este tamaño muestral limitado también se ha visto afectado por el hecho de que las pacientes se limitasen a mujeres atendidas en el programa de Psicooncología. Respecto a esto último, se entiende que estas pacientes en concreto muestran algún tipo de afectación psicológica, ya que es el motivo por el que están realizando seguimiento en el programa. Este hecho puede sesgar los resultados de forma que se sobreestime el malestar psicológico de las pacientes con cáncer de mama. No obstante esta limitación, el hecho de que el tratamiento se realice en un programa específico de psicooncología y no en el ámbito general de psicología clínica o psiquiatría significa que su malestar se asocia específicamente al proceso oncológico.

El pequeño tamaño muestral limita la investigación en otros dos sentidos. En primer lugar, las pacientes fueron divididas en dos muestras, teniendo en cuenta únicamente el tipo de cirugía a que se habían sometido (mastectomía/cirugía conservadora). No se pudieron comparar los resultados según el tipo específico de mastectomía ni por el tipo de tratamiento adyuvante que tuvieran (quimioterapia, radioterapia, tratamiento hormonal, ninguno), ya que el número de sujetos en cada muestra habría sido demasiado escaso. En segundo lugar, también en la línea de la limitación de los análisis que se pueden realizar, contar con muestras pequeñas supone una restricción a la hora de seleccionar los análisis estadísticos que se pueden llevar a cabo.

Por último, la aplicación en grupo del protocolo de investigación puede haber limitado los resultados obtenidos. Aunque cada participante contaba con un protocolo, y éste fue completado de forma individual, la atención por parte de un evaluador de varias personas al mismo tiempo dificulta la supervisión en profundidad de las respuestas dadas.

7.5. Investigación Futura

Desde las mejoras deseables para continuar investigando en la línea propuesta, sería necesario depurar la metodología y ampliar la investigación, de forma que permita recoger nuevas evidencias de validez y fiabilidad. A este respecto, podrían depurarse los elementos elegidos o permitir a los pacientes que propongan ellos mismos qué elementos son relevantes, utilizar otros métodos de generación de constructos, proponer evaluaciones test-retest para estudiar la fiabilidad, realizar otras aproximaciones a la validez de criterio en la comparación con otros instrumentos validados, explorar la validez concurrente de diferentes medidas de diferenciación cognitiva de la rejilla corporal, etc.

Un punto importante a alcanzar es la ampliación del tamaño de la muestra, incluyendo pacientes de distintas zonas geográficas para aumentar la representatividad de la muestra estudiada y ampliar los análisis estadísticos posibles. Sería interesante incluir otras poblaciones con enfermedades o condiciones que afecten a su imagen corporal para continuar explorando la construcción de la imagen corporal.

Respecto a la estructura de la imagen corporal, una línea de investigación futura podría estudiar si los resultados de unidimensionalidad y rigidez encontrados en la construcción de las pacientes mastectomizadas se relacionan con los planteamientos de Cipolleta et al. (2014) sobre las trayectorias en la construcción de la experiencia de salud y enfermedad. Por ejemplo, estos autores asociaron la tendencia a negar la enfermedad con la necesidad de constricción en pacientes con cáncer, para poder mantener los constructos nucleares de fuerza e independencia que poseían antes de la enfermedad.

Otra línea de investigación futura se relaciona con el análisis de contenido de la TRC. Afinar y depurar el SCCC podría incluir el desarrollo de categorías adicionales de codificación, o la creación de subcategorías, tal como proponen Feixas et al. (Feixas et al., 2002). De cara a la valoración de la validez del sistema, podría proponerse el estudio de las correlaciones entre constructos, ya que se conoce que los constructos clasificados en una misma categoría muestran correlaciones más altas entre ellos que los que pertenecen a categorías diferentes. Además, dado que el análisis de correspondencias permite obtener los principales ejes de significado, puede realizarse el estudio comparativo de esta agrupación con las categorías desarrolladas clínicamente.

8. CONCLUSIONES

1. Las mujeres con cáncer de mama, en este estudio, muestran mayores índices de depresión, somatización, ansiedad y obsesión-compulsión que las mujeres sanas. Estas diferencias son especialmente importantes en somatización y ansiedad. Las pacientes mastectomizadas y las sometidas a cirugía conservadora muestran niveles similares de psicopatología.
2. Las pacientes con cáncer de mama sometidas a intervención quirúrgica tienen una autoestima corporal más baja y negativa que las mujeres sanas, sin existir diferencias entre pacientes con distintos tipos de cirugía. No se cumple la hipótesis de que las pacientes mastectomizadas tienen peor autoestima que las pacientes con cirugía conservadora.
3. En la construcción de la imagen corporal, las pacientes mastectomizadas muestran peor integración de todas las áreas corporales (relacionadas y no relacionadas directamente con la cirugía) que las mujeres sanas. No existen diferencias en la forma de integrar el pecho y la axila respecto a otras áreas en la imagen corporal entre mujeres sanas y operadas de cáncer de mama. Esto sugiere que las partes del cuerpo afectadas por la cirugía no se ven disociadas ni apartadas a la hora de construir la imagen corporal.
4. En cuanto a la aceptación de las partes del cuerpo (agrado/rechazo), las pacientes con cáncer de mama muestran desagrado hacia las áreas relacionadas con la intervención (pecho y axila), siendo mayor el rechazo en las mujeres mastectomizadas. Además, la alteración de la imagen corporal afecta al resto de áreas corporales en las pacientes con cáncer de mama. Esta afectación global en el agrado/desagrado que supone su cuerpo

deberá ser tomada en cuenta a la hora de realizar intervenciones psicológicas sobre la imagen corporal.

5. Las mujeres mastectomizadas muestran mayor rechazo del pecho y la axila respecto al resto de áreas corporales, en comparación con las mujeres con cirugía conservadora y las mujeres sanas.
6. Se encuentra mayor alteración de la imagen corporal en pacientes con cirugía conservadora de la que podría inducir a pensar la literatura previa sobre cáncer de mama. Este dato será importante a la hora de realizar la evaluación psicológica clínica de las pacientes, explorando todas las áreas de psicopatología en profundidad.
7. En cuanto a la estructura cognitiva, las pacientes con cáncer de mama muestran un sistema de constructos unidimensional y restringido, sin diferencias entre tipos de cirugía. Sin embargo, las mujeres mastectomizadas muestran una mayor rigidez de su sistema de constructos referido a la imagen corporal, indicando una experiencia traumática diferente por la pérdida de la mama, en la línea de una mayor amenaza a su sistema de construcción personal.
8. Existen algunos factores diferenciales en la imagen corporal de las pacientes mastectomizadas: peor aceptación de las áreas corporales directamente relacionadas con la cirugía, mayor desagrado de estas zonas, y mayor polarización en la construcción de su imagen corporal. El patrón de construcciones escasamente diferenciadas y muy polarizadas en pacientes mastectomizadas puede indicar escasa flexibilidad cognitiva. Esto llevaría a utilizar una única perspectiva de forma predominante a la hora de interpretar los acontecimientos, lo que puede dificultar la adaptación durante el proceso

- oncológico y posteriormente, limitando las posibilidades de construcción de alternativas de significado.
9. La rejilla corporal muestra una validez concurrente adecuada evaluada con un criterio externo. Los índices de autoestima corporal evaluados mediante la rejilla parecen relacionarse estrechamente con el concepto de atractivo físico autoevaluado. La TRC permite obtener una valoración adecuada de la mencionada autoestima.
 10. De las variables de la TRC, la variable Distancia Cuerpo Real – Ideal se ha revelado como la más adecuada para la valoración de la autoestima corporal.
 11. El análisis cualitativo de la TRC ha permitido la creación de un sistema de categorías de clasificación de los constructos corporales compuesto por seis categorías, que ha mostrado una adecuada fiabilidad interjueces. Este sistema permitirá conocer el contenido concreto de las construcciones de las pacientes, para llegar a un mayor entendimiento entre el psicólogo y el paciente.
 12. En la muestra recogida en este estudio, los principales contenidos de los constructos se relacionan con la apariencia objetiva y la estética, seguidos de contenidos emocionales. En el caso de las mujeres mastectomizadas existe una mayor preocupación por los aspectos funcionales de su imagen corporal que en el resto de participantes. Este dato deberá tenerse en cuenta en el tratamiento psicológico de estas pacientes, de cara a redefinir el concepto de funcionalidad y utilidad y restaurar la valoración personal.
 13. La TRC como instrumento de evaluación permite obtener una información exhaustiva y completa acerca de cómo (estructura) y con qué (contenido) cada persona construye su imagen corporal. Permite observar y comprender desde el punto de vista de la paciente,

y con sus propias palabras, de qué está compuesta su imagen corporal. Lo que inicialmente podría parecer similar al valorar mediante un cuestionario psicométrico al uso, se revela como sustancialmente diferente al utilizar la TRC. Esta información permitirá diseñar tratamientos más ajustados para cada paciente, en los que se puedan tener en cuenta las necesidades concretas de cada una, de cara a permitir una mejor adaptación al proceso de enfermedad y su tratamiento, minimizando el riesgo de desarrollar alteraciones psicopatológicas.

9. BIBLIOGRAFÍA

- Abad, F. J., Olea, J., Ponsoda, V., y García, C. (2011). *Medición en ciencias sociales y de la salud*. Madrid: Editorial Síntesis.
- Acea Nebril, B. (2013). *Cirugía oncológica de la mama* (3a ed.). Barcelona: Elsevier Masson.
- Achte, K., Lindfors, O., Salokari, M., Vauhkonen, M. L., y Lehtonen, R. (1987). Psychological adaptation in the first postmastectomy year. *Psychiatria Fennica*, 18, 103-112.
- Adachi, K., Ueno, T., Fujioka, T., Fujitomi, Y., y Ueo, H. (2007). Psychosocial factors affecting the therapeutic decision-making and postoperative mood states in Japanese breast cancer patients who underwent various types of surgery: Body image and sexuality. *Japanese Journal of Clinical Oncology*, 37(6), 412-418. <https://doi.org/10.1093/jjco/hym041>
- Adams-Webber, J. (1970). Actual structure and potential chaos. En D. Bannister (Ed.), *Perspectives in personal construct theory*. Londres: Academic.
- Adams-Webber, J. (1979). *Personal construct theory: Concepts and applications*. Nueva York: Wiley.
- Adams-Webber, J. (1981). Empirical developments in personal construct theory. En H. Bonarius, R. Holland y S. Rosenberg (Eds.), *Personal construct psychology: Recent advances in theory and practice* (pp. 49-70). Londres: Macmillan.
- Asociación Española Contra el Cáncer (AECC, 2012). Guía de preguntas frecuentes para pacientes con cáncer de mama. Recuperado de <https://www.aecc.es/SobreElCancer/CancerPorLocalizacion/CancerMama/Paginas/>

cancerdemama.aspx

Asociación Española Contra el Cancer (AECC, 2014). Sobre el cáncer. Cáncer de mama.

Tratamiento quirúrgico. Recuperado de

<https://www.aecc.es/SobreElCancer/CancerPorLocalizacion/CancerMama/Paginas/tratamientoquirurgico.aspx>

Aguilar Cordero, M. J., Mur Villar, N., Neri Sánchez, M., Pimentel-Ramírez, M. L., García-Rillo, A., y Gómez Valverde, E. (2015). Breast cancer and body image as a prognostic factor of depression: a case study in México City. *Nutrición Hospitalaria*, 31(1), 371-379. doi:10.3305/nh.2015.31.1.7863

Aguilar Cordero, M. J., Neri Sánchez, M., Mur Villar, N., y Gómez Valverde, E. (2013). Influencia del contexto social en la percepción de la imagen corporal de las mujeres intervenidas de cáncer de mama. *Nutrición Hospitalaria*, 28(5), 1453-1457. doi:10.3305/nh.2013.28.5.6517

Allcroft, K. D. (2003). *A personal construct analysis of meaning making in remarkable recovery from advanced colon cancer*. ProQuest Information & Learning, US. Recuperado de <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=psyh&AN=2003-95010-251&lang=es&site=ehost-live>

American Cancer Society (2014). Cirugía para el cáncer de seno. Recuperado de <http://www.cancer.org/espanol/cancer/cancerdeseno/guiadetallada/cancer-de-seno-tratamiento-cirugia>

- Andritsch, E., Dietmaier, G., Hofmann, G., Zloklikovits, S., y Samonigg, H. (2007). Global quality of life and its potential predictors in breast cancer patients: an exploratory study. *Supportive Care in Cancer*, 15(1), 21-30. <https://dx.doi.org/10.1007/s00520-006-0089-7>
- Annunziata, M. A., Giovannini, L., y Muzzatti, B. (2012). Assessing the body image: relevance, application and instruments for oncological settings. *Supportive Care in Cancer*, 20, 901-907. doi: 10.1007/s00520-011-1339-x
- Arraras, J. I., Tejedor, M., Illarramendi, J. J., Vera, R., Pruja, E., Marcos, M., . . . Valerdi, J. J. (2001). El Cuestionario de Calidad de Vida para Cáncer de Mama de la EORTC, QLQ-BR23: Estudio psicométrico con una muestra española. *Psicología Conductual*, 9, 81-97.
- Avia, M. D., y Sanz Fernández, J. (1995). El hombre como científico: la teoría de G. Kelly. En M. D. Avia y M. L. Sánchez Bernardos (Eds.), *Personalidad: aspectos cognitivos y sociales* (pp. 155-184). Madrid: Pirámide.
- Baile, J. I., Raich, R., y Garrido, E. (2003). Evaluación de insatisfacción corporal en adolescentes: Efecto de la forma de administración de una escala. *Anales de Psicología*, 19(2), 187-192.
- Bannister, D. (1960). Conceptual structure in thought-disordered schizophrenics. *Journal of Mental Science*, 106, 1230-1249. doi: 10.1192/bjp.106.445.1230.
- Bannister, D. (1962). The nature and measurement of schizophrenic thought disorder. *Journal of Mental Science*, 108, 825-842. doi: 10.1192/bjp.108.457.825.

- Bannister, D. (2003). Kelly versus clockwork psychology. En F. Fransella (Ed.), *International handbook of Personal Construct Psychology* (pp. 33-41). Chichester, West Sussex: Wiley & Sons.
- Bannister, D., y Bott, M. (1973). Evaluating the person. En P. Klein (Ed.), *New approaches to psychological medicine*. Chichester: John Wiley & Sons.
- Bannister, D., y Fransella, F. (1986). *Inquiring man: The psychology of personal constructs*. Londres: Croom Helm.
- Bannister, D., Fransella, F., y Agnew, J. (1971). Characteristics and validity of the grid test of thought disorder. *British Journal of Social and Clinical Psychology*, 10(2), 144-151. doi: 10.1111/j.2044-8260.1971.tb00727.x
- Bannister, D., y Mair, J. M. M. (1968). *The evaluation of personal constructs*. Londres: Academic Press.
- Bartlett, F. C. (1995). *Recordar: Un estudio de psicología experimental y social*. Madrid: Alianza. (Original publicado en 1932).
- Bassler, M., Krauthauser, H., y Hoffman, S. O. (1992). A new approach to the identification of cognitive conflicts in the repertory grid: an illustrative case study. *International Journal of Personal Construct Psychology*, 5, 95-111. <http://dx.doi.org/10.1080/08936039208404943>
- Baxter, N. N., Goodwin, P. J., Mcleod, R. S., Dion, R., Devins, G., y Bombardier, C. (2006). Reliability and validity of the body image after Breast Cancer Questionnaire. *Breast Journal*, 12, 221-232. doi: 10.1111/j.1075-122X.2006.00246.x

- Bell, R. (1987). *G-PACK: A computer program for the elicitation and analysis of repertory grids*. Conferencia presentada en 7th International Congress of Personal Construct Psychology, Memphis, TN, EEUU.
- Bell, R. C., Vince, J., y Costigan, J. (2002). Which vary more in repertory grid data: Constructs or elements? *Journal of Constructivist Psychology*, 15(4), 305-314. <http://dx.doi.org/10.1080/10720530290100514>
- Bemis, K. V., y Hollon, S. D. (1990). The investigation of schematic content and processing in eating disorders. *Cognitive Therapy and Research*, 14, 191-214. doi: 10.1007/BF01176209.
- Benasayag, R., Feixas, G., Mearin, F., Saúl, L., y Laso, E. (2004). Conflictos cognitivos en el Síndrome del Intestino Irritable (SII): Un estudio exploratorio. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 4(1), 105-119.
- Bieri, J. (1955). Cognitive complexity-simplicity and predictive behavior. *Journal of Abnormal and Social Psychology*, 51, 263-268.
- Bieri, J., Atkins, A. L., Briar, S., Leadman, R. L., Miller, H., y Tripodi, T. (1966). *Clinical and social judgement: The discrimination of behavioural information*. Nueva York: Wiley.
- Bonarius, H. (1965). Research in the personal construct theory of George A. Kelly: Role construct repertory test and basic theory. En B. A. Mahrer (Ed.), *Progress in experimental personality research* (Vol. 2). Nueva York: Academic Press.
- Boquiren, V. M., Esplen, M. J., Wong, J., Toner, B., y Warner, E. (2013). Exploring the influence of gender-role socialization and objectified body consciousness on body image

disturbance in breast cancer survivors. *Psycho-Oncology*, 22, 2177-2185. doi: 10.1002/pon.3271

Borkenhagen, A. (2002). Körper-Grid und Körper-Selbst-Grafik als neue qualitativ-quantitative erhebungsinstrumente der psychischen repräsentanz des körpers am beispiel magersüchtiger und bulimischer patientinnen. *Psychologische Beitrage*, 44(3), 383-400.

Borkenhagen, A. (2004). The body grid as a gender-sensitive instrument for eliciting body experience, exemplified with reference to in-vitro-fertilization patients. En B. F. Klapp, J. Jordan y O. B. Walter (Eds.), *Role repertory grid and Body grid - Construct psychological approaches in psychosomatic research*. Frankfurt: VAS - Verlag für Akademische Schriften.

Borkenhagen, A., y Klapp, B. F. (2004). Elicitation and representation of cognitive-semantic body-experience patterns and dissociation tendencies in the body-self representation of anorectic patients, using the body grid and the body-construct graph. En B. F. Klapp, J. Jordan y O. B. Walter (Eds.), *Role repertory grid and Body grid - Construct psychological approaches in psychosomatic research*. Frankfurt: VAS - Verlag für Akademische Schriften.

Borkenhagen, A., Klapp, B. F., Brähler, E. y Schoeneich, F. (2008). Differences in the psychic representation of the body in bulimic and anorexic patients: A study with the Body Grid. *Journal of Constructivist Psychology*, 21(1), 60-81.
<http://dx.doi.org/10.1080/10720530701734372>

- Borkenhagen, A., Klapp, B. F., Schoeneich, F., y Brähler, E. (2005). Differences in body image between anorexics and in-vitro-fertilization patients: A study with Body Grid. *GMS Psycho-Social-Medicine*, 2, 1-11.
- Botella, L., y Feixas, G. (2008). *Teoría de los Constructos Personales: Aplicaciones a la práctica psicológica*. Barcelona: FPCEE Blanquerna. doi:10.13140/RG.2.1.1046.248
- Botella, L., Grañó, N., Gámiz, M., y Abey, M. (2008). La presencia ignorada del cuerpo: Corporalidad y (re)construcción de la identidad. *Revista Argentina de Psicología Clínica*, XVII(3), 245-264.
- Botella, L., Ribas, E., y Benito, J. (2009). Evaluación psicométrica de la imagen corporal: Validación de la versión española del Multidimensional Body Self Relations Questionnaire (MBSRQ). *Revista Argentina de Psicología Clínica*, XVIII(3), 253-264.
- Botella, L., Velázquez, P., y Gómez, A. M. (2006). Género, cuerpo e identidad femenina: La construcción personal y social del peso corporal. En L. Botella (Comp.), *Construcciones, narrativas y relaciones: Aportaciones constructivistas y construccionistas a la psicoterapia*. Barcelona: Edebé.
- Brown, T. A., Cash, T. F., y Mikulka, P. J. (1990). Attitudinal body image assessment: Factor analysis of the Body-Self Relations Questionnaire. *Journal of Personality Assessment*, 55, 135-144. <http://dx.doi.org/10.1080/00223891.1990.9674053>
- Bruner, J. (1998). *Actos de significado: Más allá de la revolución cognitiva*. Madrid: Alianza. (Original publicado en 1990).

- Buick, D., Petrie, K., Booth, R., Probert, J., Benjamin, C., y Harvey, V. (2000). Emotional and functional impact of radiotherapy and chemotherapy on patients with primary breast cancer. *Journal of Psychosocial Oncology*, 18(1), 39-62.
http://dx.doi.org/10.1300/J077v18n01_03
- Bulbena, A., Barrios, G. E., y Fernández de Larrinoa, P. (2000). *Medición clínica en psiquiatría y psicología*. Barcelona: Masson.
- Button, E. (1983). Personal construct theory and psychology well-being. *British Journal of Medical Psychology*, 56, 313-321. doi: 10.1111/j.2044-8341.1983.tb01563.x.
- Button, E., Fransella, F., y Slade, P. (1977). A reappraisal of body perception disturbance in anorexia nervosa. *Psychological Medicine*, 7, 235-243.
<https://doi.org/10.1017/S0033291700029317>
- Caputi, P., y Keynes, N. (2001). A note on the stability of structural measures based on repertory grids. *Journal of Constructivist Psychology*, 14(1), 51-55.
<http://dx.doi.org/10.1080/10720530125847>
- Carroll, W. K., y Carroll, R. C. (1981). Cognitive balance in personal construct systems. En H. Bonarius, R. Holland y S. Rosenberg (Eds.), *Personal construct psychology: Recent advances in theory and practice* (pp. 83-94). Londres: Macmillan.
- Carver, C. S., Pozo-Kaderman, C., Price, A. A., Noriega, V., Harris, S. D., Derhagopian, R. P., . . . Moffat, F. L. Jr. (1998). Concerns about aspects of body image and adjustment to early stage cancer. *Psychosomatic Medicine*, 60(2), 168-174.

- Cash, T. F. (1990). *Body image enhancement: A program for overcoming a negative body image*. New York: Guilford.
- Cash, T. F., y Pruzinsky, T. (1990). *Body images: Development, deviance, and change*. Nueva York: The Guilford Press.
- Chambers, W. V., y Grice, J. W. (1986). Circumgrids: A repertory grid package for personal computers. *Behavior Research Methods, Instruments, and Computers*, 18, 468. doi: 10.3758/BF03201411.
- Chang, O., Choi, E., Kim, I., Nam, S., Lee, J. E., Lee, S. K., . . . Cho, J. (2014). Association between socioeconomic status and altered appearance distress, body image, and quality of life among breast cancer patients. *Asian Pacific Journal of Cancer Prevention*, 15(20), 8607-8612. doi: 10.7314/APJCP.2014.15.20.8607
- Chetwynd, J. (1977). The psychological meaning of structural measures derived from grids. En P. Slater (Ed.), *The measurement of intrapersonal space by grid technique, Vol. 2: Dimensions of interpersonal space*. Chichester: Wiley.
- Cipolleta, S. (2013). Construing in action: Experiencing embodiment. *Journal of Constructivist Psychology*, 26(4), 293-305. <http://dx.doi.org/10.1080/10720537.2013.812770>
- Cipolleta, S., Consolaro, F., y Horvath, P. (2014). When health is an attitudinal matter: a qualitative research. *Journal of Humanistic Psychology*, 54(4), 391-413. doi: 10.1177/0022167813507630
- Cohen, J. (1960). A coefficient of agreement for nominal scales. *Educational and Psychological Measurement*, 20, 37-46.

- Cohen, J.W. (1988). *Statistical power for the behavioral sciences* (2a ed.). Hillsdale, New Jersey: Lawrence Erlbaum Associates.
- Collins, K. K., Liu, Y., Schootman, M., Aft, R., Dean, G., Eilers, M., y Jeffe, D. B. (2011). Effects of breast cancer surgery and surgical side effects on body image over time. *Breast Cancer Research and Treatment*, 126(1), 167-176. doi: 10.1007/s10549-010-1077-7
- Cooper, P. J., Taylor, M. J., Cooper, Z., y Fairburn, C. G. (1987). The development and validation of the Body Shape Questionnaire. *International Journal of Eating Disorders*, 6(4), 485-494. doi: 10.1002/1098-108X(198707)6:4<485::AID-EAT2260060405>3.0.CO;2-O
- Cronbach, L. J. y Gleser, G. (1953). Assessing similarity between profiles. *Psychological Bulletin*, 6, 456-473. <http://psycnet.apa.org/doi/10.1037/h0057173>
- Cruzado, J. A. (2010). *Tratamiento psicológico en pacientes con cáncer*. Madrid: Síntesis S.A.
- Cucarella, M. S. P. (2013). *Bienestar emocional, imagen corporal, autoestima y sexualidad en mujeres con cáncer de mama*. (Tesis doctoral inédita). Facultad de Psicología, Universidad de Valencia.
- Dalton, E. J., Rasmussen, V. N., Classen, C. C., Grumann, M., Palesh, O. G., Zarccone, J., . . . Spiegel, D. (2009). Sexual adjustment and body image scale (SABIS): a new measure for breast cancer patients. *Breast Journal*, 15, 287-290. doi: 10.1111/j.1524-4741.2009.00718.x.

- Damani, S., Button, E. J., y Reveley, C. H. (2001). The Body Image Structed Interview: A new method for the exploration of body image in women with eating disorders. *European Eating Disorders Review*, 9(3), 167-181. doi: 10.1002/erv.373.
- Davison, M. K., Bershadsky, B., Bieber, J., Silversmith, D., Maruish, M. E., y Kane, R. L. (1997). Development of a brief, multidimensional, self-report instrument for treatment outcomes assessment in psychiatric settings: Preliminary findings. *Assessment*, 4, 259-276. doi: 10.1177/107319119700400306.
- De Bragança, P. V. (2015). *Imagen corporal en mujeres con cáncer de mama sometidas a tratamiento quirúrgico: una revisión sistemática*. (Máster Universitario de Investigación en Ciencias Sociosanitarias). Universidad de León, León.
- Derogatis, L. R. (2002). *SCL-90-R: Cuestionario de 90 síntomas*. Madrid: TEA Ediciones.
- Die Trill, M., y Die Goyanes, A. (2003). El cáncer de mama. En M. Die Trill (Ed.), *Psico-Oncología* (pp. 165-184). Madrid: ADES.
- Domínguez Cunchillos, F. (2011). Tratamiento quirúrgico del cáncer de mama. *Zonahospitalaria*, 30, 31-33. Recuperado de <http://www.zonahospitalaria.com/tratamiento-quirurgico-del-cancer-de-mama-tecnicas-conservadoras-o-mastectomia/>
- Dooley, G., y Finlay, A. Y. (1990). Personal construct systems of psoriatic patients. *Clinical and Experimental Dermatology*, 15(6), 401-405. doi: 10.1111/j.1365-2230.1990.tb02131.x.

- Dunker, M. S., Bemelman, W. A., Slors, J. F., van Duijvendijk, P., y Gouma, D. J. (2001). Functional outcome, quality of life, body image, and cosmesis in patients after laparoscopic-assisted and conventional restorative proctocolectomy: a comparative study. *Diseases of the Colon & Rectum*, 44, 1800-1807. doi: 10.1007/BF02234458
- Faccio, E. (2013). *The corporeal identity. When self-image hurts*. Nueva York: Springer Science+Business Media, LLC.
- Fallbjork, U., Karlsson, S., Salander, P., y Rasmunsen, B. H. (2010). Differences between women who have and have not undergone breast reconstruction after mastectomy due to breast cancer. *Acta Oncologica*, 49, 174-179. doi: 10.3109/02841860903490069
- Fallbjork, U., Rasmunsen, B. H., Karlsson, S., y Salander, P. (2013). Aspects of body image after mastectomy due to breast cancer - a two year follow-up study. *European Journal of Oncology Nursing*, 17(3), 340-345. doi: 10.1016/j.ejon.2012.09.002
- Feixas, G., Bach, L., y Laso, E. (2004). Factors affecting interpersonal construct differentiation when measured using the repertory grid. *Journal of Constructivist Psychology*, 17(4), 297-311. <http://dx.doi.org/10.1080/10720530490483202>
- Feixas, G., y Cornejo, J. M. (1996). *Manual de la técnica de la rejilla mediante el programa Record V.2.0*. Barcelona: Paidós Evaluación Psicológica.
- Feixas, G., y Cornejo, J. M. (2002). A manual for the repertory grid using the GRIDCOR programme. Recuperado de <http://www.terapiacognitiva.net/record/pag/index.htm>
- Feixas, G., Cornejo, J. M., y Laso, E. (2012). RECORD 5.0: Análisis de Correspondencias de Constructos Personales (Aplicación en línea). Recuperado de <http://tecnicaderejilla.net>

- Feixas, G., De la Fuente, M., y Soldevilla, J. M. (2003). La técnica de la rejilla como instrumento de evaluación y formulación de hipótesis clínicas. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, 8(2), 153-172. <http://dx.doi.org/10.5944/rppc.vol.8.num.2.2003.3952>
- Feixas, G., Erazo-Caicedo, M. I., Harter, S. L., y Bach, L. (2008). Construction of self and others in unipolar depressive disorders: A study using repertory grid technique. *Cognitive Therapy and Research*, 32, 386-400. <http://dx.doi.org/10.1007/s10608-007-9149-7>
- Feixas, G., Geldschläger, H., Carmona, M., y Garzón, B. (2002). Sistema de categorías de contenido para codificar constructos personales. *Revista de Psicología General y Aplicada*, 55(3), 337-348.
- Feixas, G., Geldschläger, H., y Neimeyer, R. A. (2002). Content analysis of personal constructs. *Journal of Constructivist Psychology*, 15, 1-19. <http://dx.doi.org/10.1080/107205302753305692>
- Feixas, G., Hermosilla, S., Compañ, V., y Dada, G. (2009). Camino hacia el coraje: terapia de constructos personales en un caso de depresión mayor, fibromialgia y otras comorbilidades. *Revista Argentina de Clínica Psicológica*, 18, 241-251.
- Feixas, G., López-Moliner, J., Navarro, J., Tudela, M., y Neimeyer, R. A. (1992). The stability of structural measures derived from repertory grids. *International Journal of Personal Construct Psychology*, 5(1), 25-39. <http://dx.doi.org/10.1080/08936039208404939>

- Feixas, G., Montebruno, C., Dada, G., Del Castillo, M., y Compañ, V. (2010). Self construction, cognitive conflicts and polarization in bulimia nervosa. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 10(3), 445-457.
- Feixas, G., y Saúl, L. A. (2004). The Multi-Center Dilemma Project: An investigation on the role of cognitive conflicts in health. *The Spanish Journal of Psychology*, 7(1), 69-78.
- Feixas, G., Saúl, L. A., y Ávila-Espada, A. (2009). Viewing cognitive conflicts as dilemmas: Implications for mental health. *Journal of Constructivist Psychology*, 22(2), 141-169. <http://dx.doi.org/10.1080/10720530802675755>
- Feixas, G., y Villegas, M. (2000). *Constructivismo y psicoterapia* (3a ed. revisada). Bilbao: Desclée de Brouwer.
- Feldman, M. M. (1975). The body image and object relations: Exploration of a method utilizing repertory grid techniques. *British Journal of Medical Psychology*, 48(4), 317-332. doi: 10.1111/j.2044-8341.1975.tb02338.x.
- Fernández Ballesteros, R. (1999). Técnicas subjetivas. En R. Fernández Ballesteros (Ed.), *Introducción a la evaluación psicológica* (Vol. I, pp. 279-313). Madrid: Pirámide.
- Ferrell, B. R., Grant, M., Funk, B., Otis-Green, S., y Garcia, N. (1997). Quality of life in breast cancer: Part I: Physical and social well-being. *Cancer Nursing*, 20, 398-408.
- Figueiredo, M. I., Cullen, J., Hwang, Y. T., Rowland, J. H., y Mandelblatt, J. S. (2004). Breast cancer treatment in older women: Does getting what you want improve your long-term body image and mental health? *Journal of Clinical Oncology*, 22(19), 4002-4009. <https://dx.doi.org/10.1200/JCO.2004.07.030>

- Fingeret, M. C, Yuan, Y., Urbauer, D., Weston, J., Nipomnick, S., y Weber, R. (2012). The nature and extent of body image concerns among surgically treated patient with head and neck cancer. *Psycho-Oncology*, 21, 836-844. doi: 10.1002/pon.1990.
- Fjeld, S. P., y Landfield, A. W. (1961). Personal construct theory consistency. *Psychological Reports*, 8, 127-129.
- Fleiss, J. L. (1981). *Statistical methods for rates and proportions*. New York: John Wiley.
- Fonseca, S., Lencastre, L., y Guerra, M. (2014). Life satisfaction in women with breast cancer. *Paidéia*, 24(59), 295-303. doi: 10.1590/1982-43272459201403
- Fransella, F. (1978). *Our Body Shape - in Fact and in Imagination*. Bath: British Association for the Advancement of Science.
- Fransella, F., y Adams, B. (1966). An illustration of the use of repertory grid technique in a clinical setting. *British Journal of Social and Clinical Psychology*, 5, 51-62. doi: 10.1111/j.2044-8260.1966.tb00955.x.
- Fransella, F., Bell, R., y Bannister, D. (2004). *A manual for repertory grid technique* (2a ed.). Chichester, UK: John Wiley & Sons. doi: 10.1192/bjp.134.1.79.
- Fransella, F., y Crisp, A. H. (1979). Comparisons of weight concepts in groups of neurotic, normal and anorexic females. *British Journal of Psychiatry*, 134, 79-86. doi: 10.1192/bjp.134.1.79.
- Fransella, F., y Neimeyer, R. A. (2003). George Alexander Kelly: The man and his theory. En F. Fransella (Ed.), *International handbook of Personal Construct Psychology* (pp. 21-32). Chichester, West Sussex: John Wiley & Sons.

- Fransella, F. (1972). *Personal change and reconstruction. Research on a treatment of stuttering*. Londres: Academic Press.
- Frierson, G. M., Thiel, D. L., y Andersen, B. L. (2006). Body change stress for women with breast cancer: The breast-impact of treatment scale. *Annals of Behavioral Medicine*, 32(1), 77-81. doi: 10.1207/s15324796abm3201_9.
- Gallifa, J., y Botella, L. (2000). The structural quadrants method: A new approach to the assessment of construct system complexity via the repertory grid. *Journal of Constructivist Psychology*, 13, 155-173. <http://dx.doi.org/10.1080/107205300265955>
- Ganz, P. A. (2008). Psychological and social aspects of breast cancer. *Oncology*, 22, 642-653.
- Ganz, P. A., Desmond, K. A., Belin, T. R., Meyerowitz, B. E., y Rowland, J. H. (1999). Predictors of sexual health in women after a breast cancer diagnosis. *Journal of Clinical Oncology*, 17(8), 2371-2380. <https://dx.doi.org/10.1200/jco.1999.17.8.2371>
- García Leal, J., y Lara Porras, A. M. (1998). *Diseño estadístico de experimentos. Análisis de varianza*. Granada: Grupo Editorial Universitario.
- Garner, D. M., Olmstead, M. P., y Polivy, J. (1983). Development and validation of a multidimensional Eating Disorders Inventory for Anorexia Nervosa and Bulimia. *International Journal of Eating Disorders*, 2, 15-34. doi: 10.1002/1098-108X(198321)2:2<15::AID-EAT2260020203>3.0.CO;2-6
- Gergen, K. (1991). *The saturated self*. Nueva York: Basic Books.

- Gerrish, N. J., Steed, L. G., y Neimeyer, R. A. (2010). Meaning reconstruction in bereaved mothers: A pilot study using the Biographical Grid Method. *Journal of Constructivist Psychology*, 23(2), 118-142. doi: 10.1080/10720530903563215
- Gómez-Campelo, P., Bragado-Álvarez, C., Hernández-Lloreda, M. J., y Sánchez-Bernardos, M. L. (2014). The Spanish version of the Body Image Scale (S-BIS): Psychometric properties in a sample of breast and gynaecological cancer patients. *Supportive Care in Cancer*, 2015(23), 473-481. doi: 10.1007/s00520-014-2383-0
- Gonçalves, O. F. (1994). Cognitive narrative psychotherapy: The hermeneutic construction of alternative meanings. *Journal of Cognitive Psychotherapy: An International Quarterly*, 8, 105-125.
- Gonçalves, O. F. (2002). *Psicoterapia cognitiva narrativa. Manual de terapia breve*. Bilbao: Desclee.
- González Arranz, B. (2011). *El cambio del contenido de los constructos personales a lo largo del proceso terapéutico* (Tesis doctoral). Universidad de Salamanca, Salamanca.
- González Vidal, A. (2014). Comparación paramétrica de medias. Recuperado de <http://www.um.es/ae/FEIR/30/-anova>
- Green, B. (2004). Personal construct psychology and content analysis. *Personal Construct Theory & Practice*, 1, 82-91.
- Greenwald, H. (1973). *Decision therapy*. Nueva York: Peter Wyden.
- Guidano, V. F. (1994). *El sí mismo en proceso: Hacia una terapia cognitiva posracionalista*. Barcelona: Paidós. (Original publicado en 1991).

- Harcourt, D. M., Rumsey, N. J., Ambler, N. R., Cawthorn, S. J., Reid, C. D., Maddox, P. R., . . . Umpleby, H. C. (2003). The psychological effect of mastectomy with or without breast reconstruction: A prospective, multicenter study. *Plastic and Reconstructive Surgery*, 111(3), 1060-1068. <https://dx.doi.org/10.1097/01.PRS.0000046249.33122.76>
- Haritos, A., Gindidis, A., Doan, C., y Bell, R. (2004). The effect of element role titles on construct structure and content. *Journal of Constructivist Psychology*, 17, 221-236. <http://dx.doi.org/10.1080/10720530490447130>
- Harter, S. L., Erbes, C. R., y Hart, C. C. (2004). Content analysis of the personal constructs of female sexual abuse survivors elicited through repertory grid technique. *Journal of Constructivist Psychology*, 17(1), 27-43. <http://dx.doi.org/10.1080/10720530490250679>
- Hayden, B., y Nasby, W. (1977). Interpersonal conceptual structures, predictive accuracy, and social adjustment of emotionally disturbed boys. *Journal of Abnormal Psychology*, 86(3), 274-284. <http://psycnet.apa.org/doi/10.1037/0021-843X.86.3.315>
- Heckmann, M., y Höft, N. (2016). *An approach to systematically integrate quantitative rating information into the content analysis of constructs*. Conferencia presentada en The XIIIth European Personal Construct Association Conference. A new spirit in PCP: linking people, ideas & dreams, Padua, Italy. 7-10th July.
- Higginbotham, P. G., y Bannister, D. (1983). *The GAB computer program for the analysis of repertory grid data* (2a ed.). Ilkley, Reino Unido: High Royds Hospital.
- Hinkle, D. N. (1965). *The change of personal constructs from the viewpoint of a theory of implications* (Tesis doctoral inédita). Ohio State University, Ohio.

- Honey, P. (1979). The repertory grid in action. How to use it to conduct attitude survey. *Industrial and Commercial Training*, 11, 452-459. <http://dx.doi.org/10.1108/eb003756>
- Hopwood, P., Fletcher, I., Lee, A., y Al Ghazal, S. (2001). A body image scale for use with cancer patients. *European Journal of Cancer*, 37(2), 189-197. [http://dx.doi.org/10.1016/S0959-8049\(00\)00353-1](http://dx.doi.org/10.1016/S0959-8049(00)00353-1)
- Hopwood, P., y Maguire, G. P. (1988). Body image problems in cancer patients. *The British Journal of Psychiatry*, 153, 47-50.
- Horley, J. (1988). Cognition of child sexual abusers. *The Journal of Sex Research*, 25, 542-545. <http://dx.doi.org/10.1080/00224498809551482>
- Horley, J. (1991). Values and beliefs as personal constructs. *International Journal of Personal Construct Psychology*, 1, 1-14. <http://dx.doi.org/10.1080/08936039108404758>
- Hormes, J. M., Lytle, L. A., Gross, C. R., Ahmed, R. L., Troxel, A. B., y Schmitz, K. H. (2008). The body image and relationships scale: development and validation of a measure of body image in female breast cancer survivors. *Journal of Clinical Oncology*, 26, 1269-1274. <http://dx.doi.org/10.1200/JCO.2007.14.2661>
- International Business Machines (IBM, 2010). Statistical Package for Social Sciences version 19.0. (SPSS v. 19.0). Chicago: IBM Analytics.
- Jankowicz, D. (2004). *The easy guide to repertory grids*. Chichester: John Wiley.
- Kelly, G. A. (1955). *The Psychology of Personal Constructs* (Vol. 1 y 2). Nueva York: Norton (Reimpresión realizada por Routledge, Londres, 1991).

- Kelly, G. A. (1966). *Teoría de la personalidad*. Buenos Aires: Troquel.
- Kovářová, M., y Filip, M. (2015). Integrating the differentiated: A review of the Personal Construct approach to cognitive complexity. *Journal of Constructivist Psychology*, 28(4), 342-366. <http://dx.doi.org/10.1080/10720537.2014.994693>
- Krauthauser, H., Bassler, M., y Potratz, B. (1994). A new approach to the identification of cognitive conflicts in the repertory grid: a nomothetic study. *Journal of Constructivist Psychology*, 7, 283-299. <http://dx.doi.org/10.1080/10720539408405235>
- Krippendorff, K. (2004). *Content analysis. An introduction to its methodology*. Thousand Oaks: Sage.
- Landfield, A. (1971). *Personal construct systems in psychotherapy*. Lincoln: University of Nebraska.
- Landfield, A. (1976). A personal construct approach to suicidal behavior. En P. Slater (Ed.), *The measurement of intrapersonal space by grid technique. Explorations of intrapersonal space* (pp. 93-107). London: John Wiley.
- Landis, J. R., y Koch, G. G. (1977). The measurement of observer agreement for categorical data. *Biometrics*, 33, 159-174. doi: 10.2307/2529310.
- Lane, L. G., y Viney, L. L. (2005). The effects of Personal Construct group therapy on breast cancer survivors. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 73(2), 284-292. <http://psycnet.apa.org/doi/10.1037/0022-006X.73.2.284>
- Lane, L. G., y Viney, L. L. (2006a). Role relationships and the restoration of coherence in the stories of women diagnosed with breast cancer. En P. Caputi, H. Foster y L. L. Viney

- (Eds.), *Personal construct psychology: New ideas*. (pp. 205-213). Hoboken, NJ EEUU: John Wiley & Sons.
- Lane, L. G., y Viney, L. L. (2006b). When the unreal becomes real: An evaluation of personal construct group psychotherapy with survivors of breast cancer. En P. Caputi, H. Foster y L. L. Viney (Eds.), *Personal construct psychology: New ideas*. (pp. 241-251). Hoboken, NJ EEUU: John Wiley & Sons.
- Lasry, J. M., Margolese, R. G., Poisson, R., Shibata, H., Fleischer, D., Lafleur, D., . . . Taillerfer, S. (1987). Depression and body image following mastectomy and lumpectomy. *Journal of Chronic Diseases*, 40, 529-537. [http://dx.doi.org/10.1016/0021-9681\(87\)90010-5](http://dx.doi.org/10.1016/0021-9681(87)90010-5)
- Lauterbach, W. (1975). Assessing psychological conflict. *British Journal of Social and Clinical Psychology*, 14, 49-53. doi: 10.1111/j.2044-8260.1975.tb00147.x.
- León García, O., y Montero García-Celay, I. (2011). *Metodologías científicas en psicología*. Barcelona: Universidad Obert de Catalunya.
- Little, B. R. (1968). Factors affecting the use of psychological vs. non-psychological constructs on the rep test. *Bulletin of the British Psychological Society*, 21, 34.
- López-González, M. A. (2016). *Evaluación de la actividad científica de la técnica psicológica de rejilla a través de indicadores bibliométricos* (Tesis doctoral). Universidad Nacional de Educación a Distancia, Madrid.

- López Pérez, M. D., Polaino Lorente, A., y Arranz, P. (1992). Imagen corporal en enfermas mastectomizadas. *Psiquis: Revista de Psiquiatría, Psicología Médica y Psicosomática*, 13(10), 49-54.
- Lucero, C., Feixas, G., y Saúl, L. A. (2003). Sistema de constructos y perfil sintomático en la etapa del climaterio: Un estudio exploratorio. *Anuario de Psicología*, 34(3), 371-383.
- Mackay, N. (1992). Identification, reflection, and correlation: Problems in the bases of repertory grid measures. *International Journal of Personal Construct Psychology*, 5(1), 57-75.
<http://dx.doi.org/10.1080/08936039208404941>
- Mahapatro, F., y Parkar, S. R. (2005). A comparative study of coping skills and body image: Mastectomized vs. lumpectomized patients with breast carcinoma. *Indian Journal of Psychiatry*, 47(4), 198-204. doi: 10.4103/0019-5545.43051
- Mahoney, M. J. (1988). Constructive metatheory II: Implications for psychotherapy. *International Journal of Personal Construct Psychology*, 1, 299-315.
<http://dx.doi.org/10.1080/10720538808412781>
- Mahoney, M. J. (1991). *Human change processes: The scientific foundations of psychotherapy*. Nueva York: Basic Books.
- Mair, J. M. M., y Boyd, P. R. (1967). A comparison of two grid forms. *British Journal of Social and Clinical Psychology*, 6(3), 220-227. doi: 10.1111/j.2044-8260.1967.tb00523.x.
- Manos, D., Sebastián, J., Bueno, M. J., Mateos, N., y De la Torre, A. (2005). Body image in relation to self-esteem in a sample of Spanish women with early-stage breast cancer. *Psicooncología*, 2(103-116).

- Millar, K., Purushotham, A. D., McLatchie, E., George, W. D., y Murray, G. D. (2005). A 1-year prospective study of individual variation in distress and illness perceptions, after treatment for breast cancer. *Journal of Psychosomatic Research*, 58, 335-342. <http://dx.doi.org/10.1016/j.jpsychores.2004.10.005>
- Mock, V. (1993). Body image in women treated for breast cancer. *Nursing Research*, 42, 153-157.
- Mora, M., y Raich, R. M. (2010). *Autoestima*. Madrid: Síntesis.
- Moreira, H., y Canavarró, M. C. (2010). A longitudinal study about the body image and psychosocial adjustment of breast cancer patients during the course of the disease. *European Journal of Oncology Nursing*, 14(14), 263-270. doi: 10.1016/j.ejon.2010.04.001.
- Mose, S., Budischewski, K. M., Rahn, A. N., Zander-Heinz, A. C., Bormeth, S., y Bottcher, H. D. (2001). Influence of irradiation on therapy-associated psychological distress in breast carcinoma patients. *International Journal of Radiation Oncology, Biology, Physics*, 51, 1328-1335. [http://dx.doi.org/10.1016/S0360-3016\(01\)01711-4](http://dx.doi.org/10.1016/S0360-3016(01)01711-4)
- Moyer, A. (1997). Psychosocial outcomes of breast-conserving surgery versus mastectomy: A metaanalytic review. *Health Psychology*, 16(3), 284-298. <http://psycnet.apa.org/doi/10.1037/0278-6133.16.5.442>
- Navas Ara, M. J. (Coord.). (2001). *Métodos, diseños y técnicas de investigación psicológica*. Madrid: UNED. Universidad de Educación a Distancia.

- Neimeyer, G. J., y Hagans, C. L. (2002). More madness in our method? The effects of repertory grid variations on construct differentiation. *Journal of Constructivist Psychology*, 15(2), 139-160. <http://dx.doi.org/10.1080/10720530252808728>
- Neimeyer, G. J., Neimeyer, R. A., Hagans, C. L., y Van Brunt, D. L. (2002). Is there madness in our method? The effects of repertory grids variations on measures of construct system structure. En R. A. Neimeyer y G. J. Neimeyer (Eds.), *Advances in personal construct psychology: New directions and perspectives*. Westport, CT: Praeger.
- Neimeyer, G., y Neimeyer, R. A. (1996). Definición de los límites de la evaluación constructivista. En G. Neimeyer (Ed.), *Evaluación constructivista* (pp. 11-37). Barcelona: Paidós.
- Neimeyer, R. A. (1985). Personal constructs in clinical practice. En P. C. Kendall (Ed.), *Advances in cognitive-behavioral research and therapy* (pp. 275-329). San Diego, CA: Academic Press.
- Neimeyer, R. A. (1996). Enfoques constructivistas de la medida del significado. En G. Neimeyer (Ed.), *Evaluación constructivista* (pp. 6-9). Barcelona: Paidós.
- Neimeyer, R. A., Baker, K. D., y Neimeyer, G. J. (1990). The current status of personal construct theory: Some scientometric data. En R. A. Neimeyer y G. J. Neimeyer (Eds.), *Advances in Personal Construct Psychology* (Vol. 1, pp. 2-22). Greenwich, CN: JAI Press.
- Neimeyer, R. A., y Feixas, G. (1992). Cognitive assessment in depression: A comparison of some existing measures. *European Journal of Psychological Assessment*, 8, 47-56.

- Neimeyer, R. A., Fontana, D. J., y Gold, K. (1984). A manual for content analysis of death constructs. En F. R. Epting y R. A. Neimeyer (Eds.), *Personal meanings of death. Applications of personal construct theory to clinical practice* (pp. 213-234). Washington: Hemisphere Publishing.
- Noles, S. W., Cash, T. F., y Winstead, B. A. (1985). Body image, physical attractiveness, and depression. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 53, 88-94.
<http://psycnet.apa.org/doi/10.1037/0022-006X.53.1.88>
- O'Keefe, D. J., y Sypher, H. E. (1981). Cognitive complexity measures and the relationship of cognitive complexity to communication. *Human Communication Research*, 8, 72-92.
doi: 10.1111/j.1468-2958.1981.tb00657.x.
- Organización Mundial de la Salud (OMS, 2017). Cáncer de mama: Prevención y control. Recuperado de <http://www.who.int/topics/cancer/breastcancer/es/>
- Orley, J. H., y Leff, J. P. (1972). The effect of psychiatric education on attitudes to illness among the Ganda. *British Journal of Psychiatry*, 121, 137-141. doi: 10.1192/bjp.121.2.137.
- Parker, P. A., Youssef, A., Walker, S., Basen-Engquist, K., Cohen, L., Gritz, E. R., . . . Robb, G. L. (2007). Short term and long term psychosocial adjustment and quality of life in women undergoing different surgical procedures for breast cancer. *Annals of Surgical Oncology*, 14, 3078-3089. doi:10.1245/s10434-007-9413-9.
- Pedersen, F. A. (1958). *Consistency data of the role construct repertory test*. Ohio State University. Ohio.

- Perczek, R., Carver, C. S., Price, A. A., y Pozo-Kaderman, C. (2000). Coping, mood, and aspects of personality in Spanish translation and evidence of convergence with English versions. *Journal of Personality Assessment*, 74(1), 63-87.
<https://dx.doi.org/10.1207/S15327752JPA740105>
- Phillips, K., Hollander, E., Rasmussen, B. H., y Aronowitz, B. (1997). A severity rating scale for body dysmorphic disorder: Development, reliability, and validity of a modified version of the Yale-Brown Obsessive Compulsive Scale. *Psychopharmacology Bulletin*, 33(1), 17-22.
- Piaget, J. (1970). *Psychology and epistemology: Towards a theory of knowledge*. Nueva York: Viking.
- Piot-Ziegler, C., Sasi, M. L., Raffoul, W., y Delaloye, J. F. (2010). Mastectomy, body deconstruction, and impact on identity: A qualitative study. *British Journal of Health Psychology*, 15, 479-510. doi: 10.1348/135910709X472174.
- Procter, H. G. (1981). Family construct psychology: An approach to understanding and treating families. En S. Walrond-Skinner (Ed.), *Developments in family therapy*. Londres: Routledge.
- Pruzinsky, T., y Cash, T. F. (1990). Integrative themes in body-image development, deviance and change. En T. F. Cash y T. Pruzinsky (Eds.), *Body images development, deviance and change* (pp. 337-349). Nueva York: The Guilford Press.
- Raich, R. (2000). *Imagen corporal. Conocer y valorar el propio cuerpo*. Madrid: Pirámide.

- Raich, R. M. (2004). Una perspectiva desde la psicología de la salud de la imagen corporal. *Avances en Psicología Latinoamericana*, 22, 15-27. <http://dx.doi.org/10.12804/revistas.urosario.edu.co/apl/a.1261>
- Raich, R. M., Mora, M., Soler, A., Ávila, C., Clos, I., y Zapater, L. (1996). Adaptación de un instrumento de evaluación de la insatisfacción corporal. *Clínica y Salud*, 1(7), 51-66.
- Raich, R. M., Torras-Clarasó, J., y Mora, M. (1997). Análisis estructural de variables influyentes en la aparición de alteraciones de la conducta alimentaria. *Psicología Conductual*, 5, 55-70.
- Rincón Fernández, M. E., Pérez San Gregorio, M. A., Borda Más, M., y Martín Rodríguez, A. (2012). Impacto de la reconstrucción mamaria sobre la autoestima y la imagen corporal en pacientes con cáncer de mama. *Universitas Psychologica*, 11(1), 25-41.
- Rivas, F. (1981). La rejilla como técnica psicométrica de medida de la ejecución típica individual. *Análisis y Modificación de Conducta*, 7, 171-246.
- Rivas, F., y Jornet, J. M. (1982). Caracterización cognitiva de los test psicométricos. En J. Seoane (Ed.), *Teoría y método de la psicología experimental*. Valencia: Alfaplús.
- Robin, A. A., Copas, J. B., Jack, A. B., Kaeser, A. C., y Thomas, P. J. (1988). Reshaping the psyche. The concurrent improvement in appearance and mental state after rhinoplasty. *The British Journal of Psychiatry: The Journal of Mental Science*, 152, 539-543. doi: 10.1192/bjp.152.4.539.
- Romanek, K. M., McCaul, K. D., y Sandgren, A. K. (2005). Age differences in treatment decision making for breast cancer in a sample of healthy women: The effects of body

image and risk framing. *Oncology Nursing Forum*, 32(4), 799-806.
<https://dx.doi.org/10.1188/05.ONF.799-806>

Rosbund-Zickert, A. M. (1989). *Los correlatos psicosociales del cáncer de mama y genitales en la mujer; y un estudio transcultural, España vs. Alemania* (Tesis doctoral). Universidad de Valencia, Valencia.

Rosen, J. C., y Reiter, J. T. (1996). Development of the Body Dysmorphic Disorder Examination (BDDE). *Behaviour Research and Therapy*, 34(9), 755-766.
[http://dx.doi.org/10.1016/0005-7967\(96\)00024-1](http://dx.doi.org/10.1016/0005-7967(96)00024-1)

Rosen, J. C., Salzberg, E., Srebnik, D., y Went, S. (1990). Development of a Body Image Avoidance Questionnaire. *Psychological Assessment: A Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 3(1), 32-37. <http://psycnet.apa.org/doi/10.1037/1040-3590.3.1.32>

Rosenberg, S. M., Tamimi, R. M., Gelber, S., Ruddy, K. J., Kereakoglow, S., Borges, V. F., . . . Partridge, A. H. (2012). Body image in recently diagnosed young women with early breast cancer. *Psycho-Oncology*, 22, 1849-1855. doi:10.1002/pon.3221

Rosenblatt, L. (2006). Being the monster: Women's narrative of body and self after treatment for breast cancer. *Medical Humanities*, 32, 53-56.
<http://dx.doi.org/10.1136/jmh.2004.000212>

Salaberria, K., Rodríguez, S., y Cruz, S. (2007). Percepción de la imagen corporal. *Osasunaz*, 8, 171-183.

- Salmon, P., Arnold, J. M., y Collyer, Y. M. (1972). What do the determinants determine? The internal validity of the Rorschach. *Journal of Personality*, 36, 33-38.
<http://dx.doi.org/10.1080/00223891.1972.10119726>
- Sánchez, T. (2015). The psychological effects of therapeutic and preventive mastectomy. Changes in the perception of women with breast cancer. *Papeles del Psicólogo*, 36(1), 62-73.
- Sandín, B., Valiente, R. M., Chorot, P., Santed, M. A., y Lostao, L. (2008). SA-45: forma abreviada del SCL-90. *Psicothema*, 20(2), 290-296.
- Santos, D. B., Ford, N. J., Dos Santos, M. A., y Vieira, E. M. (2014). Breast cancer and sexuality: The impacts of breast cancer treatment on the sex lives of women in Brazil. *Culture, Health & Sexuality*, 16(3), 246-257.
<http://dx.doi.org/10.1080/13691058.2013.867075>
- Santos, D. B., y Vieira, E. M. (2011). Imagem corporal de mulheres com câncer de mama: uma revisao sistemática da literatura. *Ciência & Saúde Coletiva*, 16(5), 2511-2522.
<http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232011000500021>
- Saúl, L. A. (2006). *El papel de los conflictos cognitivos en la salud mental: implicaciones para el cambio terapéutico* (Tesis doctoral). Universidad de Salamanca, Salamanca.
- Saúl, L. A., López-González, M. A., Feixas, G., Rubio-Garay, F., y Domínguez-Simón, M. J. (2014). Conflictos cognitivos en una muestra comunitaria: un estudio exploratorio. *Anuario de Psicología/The UB Journal of Psychology*, 44(3), 343-359.

- Saúl, L. A., Perea Luque, J. R., y López-González, M. A. (2016). *Estudio de la estabilidad-cambio de rejillas test-retest de muestras de población no clínica en distintos momentos, una semana, tres meses y seis meses*. Conferencia presentada en VI Congreso Nacional de ASEPCO y I Congreso Nacional de APCAE, Murcia, 21-23 Octubre.
- Saúl, L.A., López-González, M.A., Moreno Pulido, A., Corbella, S., Compañ, V., y Feixas, G. . (2012). Bibliometric review of the Repertory Grid Technique: 1998-2007. *Journal of Constructivist Psychology*, 25, 112-131. <http://dx.doi.org/10.1080/10720537.2012.651065>
- Schilder, P. (1983). *Imagen y apariencia del cuerpo humano: Estudios sobre las energías constructivas de la psique*. Barcelona: Paidós.
- Schover, L. R., Yetman, R. J., Tuason, L. J., Meisler, E., Esselstyn, C. B., Hermann, R. E., . . . Dowden, R. V. (1995). Partial mastectomy and breast reconstruction. A comparison of their effects on psychosocial adjustment, body image, and sexuality. *Cancer*, 75(1), 54-64. doi: 10.1002/1097-0142(19950101)75:1<54::AID-CNCR2820750111>3.0.CO;2-I.
- Sebastián, J., Manos, D., Bueno, M. J., y Mateos, N. (2007). Imagen corporal y autoestima en mujeres con cáncer de mama participantes en un programa de intervención psicosocial. *Clínica y Salud*, 18(2), 137-161.
- Sewell, K. W., Cromwell, R. L., Farrell-Higgins, J., Palmer, R., Ohlde, C., y Patterson, T. W. (1996). Hierarchical elaboration in the conceptual structures of Vietnam combat veterans. *Journal of Constructivist Psychology*, 9, 79-96. <http://dx.doi.org/10.1080/10720539608404656>

- Sheehan, M. J. (1981). Constructs and 'conflict' in depression. *British Journal of Psychology*, 72, 197-209. doi: 10.1111/j.2044-8295.1981.tb02176.x.
- Slade, P. D., y Sheehan, M. J. (1979). The measurement of 'conflict' in repertory grids. *British Journal of Psychology*, 70(519), 524. doi: 10.1111/j.2044-8295.1979.tb01726.x.
- Slater, P. (1972). *Notes on INGRID 72'* (manuscrito no publicado). Institute of Psychiatry, Londres.
- Sociedad Española de Oncología Médica (SEOM, 2015). Cáncer de mama. Epidemiología y factores de riesgo. Recuperado de <http://www.seom.org/es/informacion-sobre-el-cancer/info-tipos-cancer/cancer-de-mama-raiz/cancer-de-mama?start=2 - content>
- Sokolski, I., Walter, O. B., Klapp, C., y Klapp, B. F. (2004). Body experience in pregnancy as mirrored by the body grid: Differences between pregnant women with a normal course pregnancy and women with premature labour and overterm pregnancy. En B. F. Klapp, J. Jordan y O. B. Walter (Eds.), *Role Repertory Grid and Body Grid - Construct Psychological Approaches in Psychosomatic Research*. Frankfurt: VAS - Verlag für Akademische Schriften.
- Soldevilla, J. M., Feixas, G., Varlotta, N. y Cirici, R. (2014). Characteristics of the construct system of women victims of intimate partner violence. *Journal of Constructivist Psychology*. 27(2), 105-119. <http://dx.doi.org/10.1080/10720537.2014.879521>
- Space, L. G., y Cromwell, R. L. (1978). Personal construct among schizophrenic patients. En S. Schwartz (Ed.), *Language and cognition in schizophrenia*. Hillsdale, NJ: Lawrence Erlbaum.

- Spence, D. P. (1982). *Normative truth and historical truth: Meaning and interpretation in psychoanalysis*. Nueva York: W. W. Norton.
- Sperlinger, D. J. (1976). Aspects of stability in the repertory grid. *British Journal of Medical Psychology*, 49(4). doi: 10.1111/j.2044-8341.1976.tb02386.x.
- Sprangers, M. A., Groenvold, M., Arraras, J. I., Franklin, J., Te Velde, A., Muller, M., . . . Aaronson, N. K. (1996). The European Organization for Research and Treatment of Cancer Breast Cancer-Specific Quality-of-Life Questionnaire Module: First results from a three-country field study. *Journal of Clinical Oncology*, 14, 2756-2768. <https://dx.doi.org/10.1200/jco.1996.14.10.2756>
- Stiegelis, H., Ranchor, A., y Sanderman, R. (2004). Psychological functioning in cancer patients treated with radiotherapy. *Patient Education and Counselling*, 52, 131-141. [http://dx.doi.org/10.1016/S0738-3991\(03\)00021-1](http://dx.doi.org/10.1016/S0738-3991(03)00021-1)
- Testal, J. F. R., y Calderón, M. C. S. (2013). Introducción. En J. F. R. Testal (Ed.), *Alteraciones de la imagen corporal* (pp. 17-55). Madrid: Síntesis.
- Thomas, L., y Shaw, M. L. (1976). *Focus: A manual*. Uxbridge, Reino Unido: Centre for the Study of Human Learning, Brunel University.
- Thompson, J. K. (1990). *Body image disturbances: Assessment and treatment*. Nueva York: Pergamon Press.
- Toro, J., Salamero, M., y Martínez, E. (1994). Assessment of sociocultural influences on the aesthetic body shape model in anorexia nervosa. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 89, 147-151. doi: 10.1111/j.1600-0447.1994.tb08084.x.

- Trujillo, L. A. (2016). *Técnica de la rejilla interpersonal: un estudio de validación en población comunitaria* (Tesis doctoral). Universidad de Barcelona, Barcelona.
- Tschudi, F. (1977). Loaded and honest questions: a construct theory view of symptoms and therapy. En D. Bannister (Ed.), *New perspectives in personal construct theory*. Londres: Academic Press.
- Tschudi, F. (1995). *FLEXIGRID Manual*. Oslo: University of Oslo.
- Turpin, M., Dallos, R., Owen, R., y Thomas, M. (2009). The meaning and impact of head and neck cancer: An interpretative phenomenological and repertory grid analysis. *Journal of Constructivist Psychology*, 22(1), 24-54. <http://dx.doi.org/10.1080/10720530802500789>
- Vaquero-Cristobal, R., Alacid, F., Muyor, J. M., y López-Miñarro, P. A. (2013). Body image: Literature review. *Nutrición Hospitalaria*, 28(1), 27-35. doi: 10.3305/nh.2013.28.1.6016.
- Vázquez-Ortiz, J., Antequera, R., y Blanco Picabia, A. (2010). Ajuste sexual e imagen corporal en mujeres mastectomizadas por cáncer de mama. *Psicooncología*, 7(2-3), 433-451.
- Viney, L. L. (1983). The assessment of psychological states through content analysis of verbal communications. *Psychological Bulletin*, 94, 542-563.
- Vygotsky, L. S. (1934). *Thought and language*. Cambridge: Mass. MIT.
- Walker, B. M., Ramsey, F. L., y Bell, R. C. (1988). Dispersed and undispersed dependency. *International Journal of Personal Construct Psychology*, 1, 63-80. <http://dx.doi.org/10.1080/10720538808412765>

- Weber, C. S., Bronner, E., Shoenninch, F., Walter, O. B., y Klapp, B. F. (2000). Which constructs do the patients use? A categorical system for the analysis of body grids. En J. Fisher y N. I. Cornelius (Eds.), *Challenging the boundaries. PCP perspectives for the new millenium*. Farnborough, U.K.: EPCA Publications.
- Weber, C. S., Bronner, E., Thier, P., Kingreen, D., y Klapp, B. F. (2000). Body construct systems of patients with haematological malignancies. En J. W. Scheer (Ed.), *The person in society: Challenges to a constructivist theory*. Giesen, Germany: Psychozocial-verlag.
- Weber, C. S., Bronner, E., Thier, P., Schoeneich, F., Walter, O. B., Klapp, B. F., y Kingreen, D. (2001). Body experience and mental representation of body image in patients with haematological malignancies and cancer as assessed with the Body Grid. *British Journal of Medical Psychology*, 74(4), 507-521. doi: 10.1348/000711201161154
- Weber, C. S., Fliege, H., Arck, P. C., Kreuzer, K. A., Rose, M., y Klapp, B. F. (2005). Patients with haematological malignancies show a restricted body image focusing on function and emotion. *European Journal of Cancer Care*, 14, 155-165. doi: 10.1111/j.1365-2354.2005.00533.x.
- Weber, C. S., Thier, P., Walter, O. B., y Klapp, B. F. (2004a). The body grid: An idiographic approach to explore body image, illustrated by the case of a female obese patient undergoing psychotherapy. En B. F. Klapp, J. Jordan y O. B. Walter (Eds.), *Role Repertory Grid and Body Grid - Construct Psychological Approach in Psychosomatic Research*. Frankfurt: VAS - Verlag für Akademische Schriften.

- Weber, C. S., Thier, P., Walter, O. B., y Klapp, B. F. (2004b). Characteristics of the body image of patients with haematological malignancies and cancer illustrated by a case study. En B. F. Klapp, J. Jordan & O. B. Walter (Eds.), *Role Repertory Grid and Body Grid - Construct Psychological Approaches in Psychosomatic Research*. Frankfurt: VAS - Verlag Akademische Schriften.
- Whelan, T. J., Levine, M., Julian, J., Kirkbride, P., y Skingley, P. (2000). The effects of radiation therapy on quality of life of women with breast carcinoma: Results of a randomized trial (Ontario Clinical Oncology Group). *Cancer*, 88, 2260-2266. doi: 10.1002/(SICI)1097-0142(20000515)88:10<2260::AID-CNCR9>3.0.CO;2-M.
- White, C. A. (2000). Body image dimensions and cancer: A heuristic cognitive behavioral model. *Psycho-Oncology*, 9, 183-192. doi: 10.1002/1099-1611(200005/06)9:3<183::AID-PON446>3.0.CO;2-L.
- White, M., y Epston, D. (1993). *Medios narrativos para fines terapéuticos*. Barcelona: Paidós. (Original publicado en 1990).
- Winter, D. A. (1992). *Personal construct psychology in clinical practice: Theory, research and applications*. Londres: Routledge.
- Wright, R. P. (2004). Mapping cognitions to better understand attitudinal and behavioral responses in appraisal research. *Journal of Organizational Behavior*, 25, 339-374. doi: 10.1002/job.245.

- Yorke, D. M. (1985). Administration, analysis and assumptions: Some aspects of validity. En N. Beail (Ed.), *Repertory grid technique and personal constructs: Applications in clinical and educational settings*. Londres: Croom Helm.
- Yurek, D., Farrar, W., y Andersen, B. L. (2000). Breast cancer surgery: Comparing surgical groups and determining individual differences in postoperative sexuality and body change stress. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 68, 697-709.
- Zanotti, R. (1996). *Subjective constructs and first appraisal in women with breast cancer*. ProQuest Information & Learning, US. Recuperado de <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=psyh&AN=1996-95009-361&lang=es&site=ehost-live>

10. TABLAS

Tabla 1. <i>Distribución de casos en las variables Lugar de origen, Estado civil, Hijos, Nivel educativo, Nivel económico y Situación laboral en función de los grupos.</i>	124
Tabla 2. <i>Distribución de casos en las variables relacionadas con la intervención quirúrgica</i>	125
Tabla 3. <i>Índices de psicopatología en la muestra total y en función de la variable Tipo de cirugía</i>	128
Tabla 4. <i>Pruebas de normalidad y homocedasticidad de varianzas para los índices de psicopatología del SA-45</i>	129
Tabla 5. <i>ANOVA de un factor para los índices de psicopatología del SA-45</i>	130
Tabla 6. <i>Niveles de autoestima evaluados mediante la TRC en las tres muestras</i>	131
Tabla 7. <i>Pruebas de normalidad y homogeneidad de varianzas para los índices de autoestima de la TRC</i>	131
Tabla 8. <i>ANOVA de un factor para los índices de autoestima de la TRC</i>	132
Tabla 9. <i>Medias y desviaciones típicas de los índices de construcción de la imagen corporal</i>	133
Tabla 10. <i>Pruebas de normalidad y homogeneidad de varianzas para las variables relacionadas con la construcción de la imagen corporal de la TRC</i>	134
Tabla 11. <i>ANOVA de un factor para las variables D. Relacionados - CR, D. No Relacionados - CR y D. Relacionados - CI</i>	135
Tabla 12. <i>Comparación por pares en la variable D. No Relacionados - CI</i>	136

Tabla 13. <i>Comparaciones por pares en la variable Diferencia RCI-NRCI</i>	137
Tabla 14. <i>Medias y desviaciones típicas de las variables PVEPF y Polarización</i>	137
Tabla 15. <i>Pruebas de normalidad y homogeneidad de varianzas para las variables PVEPF y Polarización</i>	138
Tabla 16. <i>Pruebas no paramétricas para las variables PVEPF y Polarización</i>	139
Tabla 17. <i>Correlaciones de Pearson entre los índices de autoestima y los índices de psicopatología evaluados con el SA-45</i>	140
Tabla 18. <i>Correlaciones entre los instrumentos de imagen corporal en la muestra total</i>	141
Tabla 19. <i>Correlaciones entre los instrumentos de imagen corporal en las muestras de controles y pacientes</i>	141
Tabla 20. <i>Pruebas de normalidad y homogeneidad de varianzas para el MBSRQ</i>	143
Tabla 21. <i>Pruebas no paramétricas para las variables del MBSRQ</i>	144
Tabla 22. <i>ANOVA de un factor para las variables del MBSRQ</i>	145
Tabla 23. <i>Frecuencia de codificación de constructos en categorías de los tres jueces según el momento de codificación</i>	151
Tabla 24. <i>Índices kappa de acuerdo interjueces entre pares de jueces para los dos momentos de clasificación de constructos</i>	152
Tabla 25. <i>Índices kappa de acuerdo interjueces para los dos momentos de clasificación por categorías de contenido</i>	152

Tabla 26. <i>Ejemplo de resultados obtenidos por una paciente mastectomizada y una paciente de cirugía conservadora en los cuestionarios MBSRQ y SA-45</i>	154
Tabla 27. <i>Distribución de los constructos de dos pacientes por áreas temáticas de contenido</i>	159

11. FIGURAS

<i>Figura 1.</i> Ciclo de la experiencia.....	29
<i>Figura 2.</i> Ejemplo de rejilla interpersonal con sus elementos, constructos y puntuaciones.....	42
<i>Figura 3.</i> Ejemplo de gráfico de identidad corporal (Borkenhagen et al., 2005)	93
<i>Figura 4.</i> Diagrama de flujo de la selección de pacientes	102
<i>Figura 5.</i> Ejemplo de Rejilla Corporal	110
<i>Figura 6.</i> Cronograma de la investigación.....	117
<i>Figura 7.</i> Frecuencias y porcentajes de las categorías de contenido en cada muestra	149
<i>Figura 8.</i> Ejemplo de resultados obtenidos con la rejilla corporal y gráfico de construcción corporal en una paciente sometida a mastectomía	155
<i>Figura 9.</i> Ejemplo de resultados obtenidos con la rejilla corporal y gráfico de construcción corporal en una paciente sometida a cirugía conservadora.....	156

12. APÉNDICES

12.1. Hoja de Información y Consentimiento Informado

PROYECTO IMAGEN CORPORAL Y AUTOESTIMA 1 NÚMERO IDENTIFICACIÓN:.....					
 <p style="text-align: center;"> FUNDACIÓN Jiménez Díaz Capió </p> <p style="text-align: center;"> SERVICIO DE PSIQUIATRÍA CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA EL ESTUDIO "IMAGEN CORPORAL Y AUTOESTIMA EN MUJERES MASTECTOMIZADAS" </p>	ETIQUETA IDENTIFICATIVA PACIENTE				
<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 50%; padding: 2px;">RESPONSABLE DE LA EXPLORACIÓN:</td> <td style="width: 50%; padding: 2px;">SERVICIO / ESPECIALIDAD:</td> </tr> <tr> <td style="padding: 2px;"></td> <td style="padding: 2px;">CENTRO:</td> </tr> </table>		RESPONSABLE DE LA EXPLORACIÓN:	SERVICIO / ESPECIALIDAD:		CENTRO:
RESPONSABLE DE LA EXPLORACIÓN:	SERVICIO / ESPECIALIDAD:				
	CENTRO:				
<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="padding: 2px;">DIAGNOSTICO:</td> </tr> <tr> <td style="padding: 2px;">PROCEDIMIENTO TERAPÉUTICO PROPUESTO:</td> </tr> </table>		DIAGNOSTICO:	PROCEDIMIENTO TERAPÉUTICO PROPUESTO:		
DIAGNOSTICO:					
PROCEDIMIENTO TERAPÉUTICO PROPUESTO:					
<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="padding: 2px;">ALERGIAS O ENFERMEDADES MANIFESTADAS POR EL PACIENTE:</td> </tr> <tr> <td style="padding: 2px;">RIESGOS RELACIONADOS CON LAS CIRCUNSTANCIAS PERSONALES O PROFESIONALES DEL PACIENTE:</td> </tr> </table>		ALERGIAS O ENFERMEDADES MANIFESTADAS POR EL PACIENTE:	RIESGOS RELACIONADOS CON LAS CIRCUNSTANCIAS PERSONALES O PROFESIONALES DEL PACIENTE:		
ALERGIAS O ENFERMEDADES MANIFESTADAS POR EL PACIENTE:					
RIESGOS RELACIONADOS CON LAS CIRCUNSTANCIAS PERSONALES O PROFESIONALES DEL PACIENTE:					
<p>El objeto de este estudio es comprobar los factores psicológicos implicados en la autoestima y la imagen corporal de las mujeres sometidas a un procedimiento de mastectomía.</p> <p>Su consentimiento permitirá que se utilicen los datos de sus evaluaciones psicométricas para la investigación de factores que puedan estar implicados en la evolución del autoconcepto en relación con las enfermedades y la psicología de la salud.</p> <p>Se trata de un estudio transversal en pacientes con cáncer de mama sometidas a mastectomía.</p> <p>En que consiste la participación</p> <p>Su participación en este estudio implica:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Permitir a los investigadores recoger datos sociodemográficos (lugar y fecha de nacimiento, estado civil, domicilio, teléfono de contacto...) 2. Responder a unos cuestionarios sobre el estado de ánimo, personalidad, acontecimientos vitales recientes (problemas familiares, económicos...), el grado de apoyo social (pareja, familiar o amigos). 3. Contestar estos cuestionarios lleva alrededor de 60 minutos. <p>Beneficios y riesgos de participar en este estudio</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. A corto plazo los resultados de este estudio no supondrán un beneficio directamente para Ud. 2. Este estudio puede ayudar a identificar factores influyentes en la formación del autoconcepto que contribuyan a mejorar el diagnóstico, prevención y tratamiento de las alteraciones emocionales. 3. El participante no recibirá ningún beneficio económico en el futuro. 4. Los riesgos de participar en este estudio son inexistentes. <p>CONSENTIMIENTO</p> <p>Yo, D./D^a con DNI como (marcar lo que proceda): <input type="checkbox"/> PACIENTE/ <input type="checkbox"/> REPRESENTANTE LEGAL O TUTOR una vez he sido debidamente informado por el médico de todos los aspectos arriba mencionados, y que comprendo el alcance y riesgos de la prueba, expreso de forma libre, voluntaria y consciente, y en pleno uso de las capacidades que me facultan para ello, mi CONSENTIMIENTO para el procedimiento diagnóstico/terapéutico propuesto, conociendo que en cualquier momento puedo revocar libremente este Consentimiento.</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 50%; padding: 5px;"> Manifiesto mi consentimiento, Firma del paciente/Representante legal o tutor Fecha </td> <td style="width: 50%; padding: 5px;"> Firma del médico responsable N° Colegiado Fecha </td> </tr> </table>		Manifiesto mi consentimiento, Firma del paciente/Representante legal o tutor Fecha	Firma del médico responsable N° Colegiado Fecha		
Manifiesto mi consentimiento, Firma del paciente/Representante legal o tutor Fecha	Firma del médico responsable N° Colegiado Fecha				

REVOCACION DEL CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo, D./Dª
 como (marcar lo que proceda): ☐ PACIENTE/ ☐ REPRESENTANTE LEGAL O TUTOR
 revoco libremente el consentimiento informado firmado en el presente documento.

Manifiesto mi revocación,	Firma del médico responsable
Firma del paciente/Representante legal o tutor	Nº colegiado
Fecha	Fecha

NEGATIVA AL PROCEDIMIENTO PROPUESTO

Yo, D./Dª
 como (marcar lo que proceda): ☐ PACIENTE/ ☐ REPRESENTANTE LEGAL O TUTOR una vez he sido debidamente informado por el médico de todos los aspectos mencionados en el presente documento, expreso de forma libre, voluntaria y consciente, y en pleno uso de las capacidades que me facultan para ello, mi negativa a que se realice el procedimiento diagnóstico o terapéutico referido en el presente documento.

Manifiesto mi negativa al procedimiento propuesto,	Firma del médico responsable
Firma del paciente/Representante legal o tutor	Nº colegiado
Fecha	Fecha

RENUNCIA A SER INFORMADO Y AUTORIZACIÓN DE PROCEDIMIENTOS

Yo, D./Dª
 como (marcar lo que proceda): ☐ PACIENTE/ ☐ REPRESENTANTE LEGAL O TUTOR
 Manifiesto mi voluntad de no ser informado y autorizo el/los procedimientos diagnósticos y terapéuticos que el equipo clínico que me atiende considere necesarios.

Manifiesto mi renuncia a ser informado y autorizo los procedimientos necesarios,	Firma del médico responsable
Firma del paciente/Representante legal o tutor	Nº colegiado
Fecha	Fecha

CAMBIO DE MEDICO

Yo, D./Dª
 como (marcar lo que proceda): ☐ PACIENTE/ ☐ REPRESENTANTE LEGAL O TUTOR
 Manifiesto conocer y autorizo que el médico designado para realizar el procedimiento que me ha sido propuesto sea el Dr.

Manifiesto mi autorización al cambio de médico propuesto,	Firma del médico que va a realizar el procedimiento
Firma del paciente/Representante legal o tutor	Nº colegiado
Fecha	Fecha

12.2. Protocolo Cuestionario Sociodemográfico

PROYECTO IMAGEN CORPORAL Y AUTOESTIMA 3

NÚMERO IDENTIFICACIÓN:.....

EDAD:.....

PAÍS DE ORIGEN:.....

ETNIA:

☐ Caucásica/blanca

☐ Gitana

☐ Negra

☐ Asiática

☐ Magrebí

☐ Hispanoamericana

ESTADO CIVIL:

☐ Soltera

☐ Casada/convive hace 6 meses

☐ Separada/divorciada

☐ Viuda

NÚMERO DE HIJOS

0 1 2 3 4

COMPOSICIÓN DEL GRUPO CON QUIEN VIVE (marque todas las que correspondan)

☐ Cónyuge/pareja

☐ Madre

☐ Padre

☐ Hermanos (nº).....

☐ Hijos (nº).....

☐ Otros familiares.....

☐ No familiares.....

☐ Solo

☐ Sin domicilio

NIVEL EDUCATIVO

☐ Sin estudios

☐ Primarios

☐ Secundarios

☐ Universitarios

SITUACIÓN LABORAL

☐ Paro sin subsidio

☐ Paro con subsidio

☐ Invalidez permanente

☐ Incapacidad temporal

☐ Activo

☐ Jubilado

PROFESIÓN:

☐ Ama de casa

☐ Estudiante

☐ Obrero

☐ Empleado público

☐ Empleado privado

☐ Trabajador por cuenta propia

FUENTE DE INGRESOS:

☐ Propia

☐ Familia

☐ Otros

PROYECTO IMAGEN CORPORAL Y AUTOESTIMA 4

NÚMERO IDENTIFICACIÓN:.....

NIVEL SOCIOECONÓMICO DE LA
UNIDAD FAMILIAR AL MES

- ☐ < de 500 €
- ☐ Entre 500 y 1500 €
- ☐ Entre 1500 y 2000 €
- ☐ Entre 2000 € y 2500 €
- ☐ Más de 2500 €
- ☐ No sabe/no contesta

TRATAMIENTOS SOMÁTICOS
ACTUALES

- ☐ Ninguno
- ☐
- ☐
- ☐
- ☐
- ☐

ANTECEDENTES MÉDICO-SOMÁTICOS
PERSONALES (Especificar tipo de
enfermedad)

- ☐ Ninguno
- ☐ Cardiovasculares.....
- ☐ Respiratorios.....
- ☐ Neurológicos.....
- ☐ Digestivos.....
- ☐ Infecciosos.....
- ☐ Dermatológicos.....
- ☐ Otros.....

TIPO DE TUMORACIÓN Y GRADO

.....

AÑO DE DETECCIÓN DE ENFERMEDAD

.....

AÑO DE LA CIRUGÍA

.....

TIPO DE CIRUGÍA A LA QUE FUE
SOMETIDA

- ☐ Radical
- ☐ Conservadora
- ☐ Unilateral: izquierda / derecha
- ☐ Bilateral

ENFERMEDADES ACTUALES

- ☐
- ☐
- ☐
- ☐
- ☐

CIRUGÍA RECONSTRUCTIVA

- ☐ Sí
- ☐ No

APÉNDICES

PROYECTO IMAGEN CORPORAL Y AUTOESTIMA | 5
NÚMERO IDENTIFICACIÓN:.....

ANTECEDENTES PSIQUIÁTRICOS PERSONALES

- ☐ Ninguno
- ☐
- ☐
- ☐
- ☐
- ☐

SEGUIMIENTO EN SALUD MENTAL ACTUAL

- ☐ Ninguno
- ☐ Psiquiatría
- ☐ Psicología
- ☐ Enfermería de S. Mental

ANTECEDENTES MÉDICOS Y/O PSIQUIÁTRICOS FAMILIARES

- ☐ Ninguno
- ☐
- ☐
- ☐
- ☐

12.3. Protocolo SA-45

SA-45 Español (SCL-90 short form)

Código: _____

Fecha: _____

Lea atentamente la siguiente lista. Son problemas y molestias que casi todo el mundo sufre en alguna ocasión.

Indique cuánto ha experimentado cada uno de ellos durante los últimos 7 días (incluido el día de hoy) rodeando con un círculo el número que corresponda.

Para ello tenga en cuenta la siguiente valoración:

0	1	2	3	4
<i>Nada en absoluto</i>	<i>Un poco presente</i>	<i>Moderada- damente</i>	<i>Bastante</i>	<i>Mucho o ex- tremadamente</i>

1. La idea de que otra persona pueda controlar sus pensamientos	0	1	2	3	4
2. Creer que la mayoría de sus problemas son culpa de los demás	0	1	2	3	4
3. Sentir miedo en los espacios abiertos o en la calle	0	1	2	3	4
4. Oír voces que otras personas no oyen	0	1	2	3	4
5. La idea de que uno no se puede fiar de la mayoría de las personas	0	1	2	3	4
6. Tener miedo de repente y sin razón	0	1	2	3	4
7. Arrebatos de cólera o ataques de furia que no logra controlar	0	1	2	3	4
8. Miedo a salir de casa solo/a	0	1	2	3	4
9. Sentirse solo/a	0	1	2	3	4
10. Sentirse triste	0	1	2	3	4
11. No sentir interés por las cosas	0	1	2	3	4
12. Sentirse nervioso o con mucha ansiedad	0	1	2	3	4
13. Creer que los demás se dan cuenta de sus pensamientos	0	1	2	3	4
14. La sensación de que los demás no le comprenden o no le hacen caso	0	1	2	3	4
15. La impresión de que otras personas son poco amistosas o que usted no les gusta	0	1	2	3	4
16. Tener que hacer las cosas muy despacio para estar seguro de que las hace bien	0	1	2	3	4
17. Sentirse inferior a los demás	0	1	2	3	4
18. Dolores musculares	0	1	2	3	4
19. Sensación de que las otras personas le miran o hablan de usted	0	1	2	3	4
20. Tener que comprobar una y otra vez todo lo que hace	0	1	2	3	4
21. Tener dificultades para tomar decisiones	0	1	2	3	4
22. Sentir miedo a viajar en autobús, metro o tren	0	1	2	3	4
23. Sentir calor o frío de repente	0	1	2	3	4
24. Tener que evitar ciertos lugares o situaciones porque le dan miedo	0	1	2	3	4

APÉNDICES

SA-45 Español (SCL-90 short form)

25. Que se le quede la mente en blanco	0	1	2	3	4
26. Entumecimiento y hormigueo en alguna parte del cuerpo	0	1	2	3	4
27. Sentirse desesperanzado con respecto al futuro	0	1	2	3	4
28. Tener dificultades para concentrarse	0	1	2	3	4
29. Sentirse débil en alguna parte del cuerpo	0	1	2	3	4
30. Sentirse preocupado/a, tenso/a o agitado/a	0	1	2	3	4
31. Pesadez en los brazos o en las piernas	0	1	2	3	4
32. Sentirse incómodo cuando la gente le mira o habla acerca de usted	0	1	2	3	4
33. Tener pensamientos que no son suyos	0	1	2	3	4
34. Sentir el impulso de golpear, herir o hacer daño a alguien	0	1	2	3	4
35. Tener ganas de romper algo	0	1	2	3	4
36. Sentirse muy cohibido/a entre otras personas	0	1	2	3	4
37. Sentir miedo o ansiedad entre mucha gente (en el cine, supermercado, etc.)	0	1	2	3	4
38. Ataques de terror o pánico	0	1	2	3	4
39. Tener discusiones frecuentes	0	1	2	3	4
40. El que otros no le reconozcan adecuadamente sus logros	0	1	2	3	4
41. Sentirse inquieto/a o intranquilo/a	0	1	2	3	4
42. La sensación de ser un/a inútil o no valer nada	0	1	2	3	4
43. Gritar o tirar cosas	0	1	2	3	4
44. La impresión de que la gente intentaría aprovecharse de usted si los dejara	0	1	2	3	4
45. La idea de que debería ser castigado/a por sus pecados	0	1	2	3	4

Sandín et al. (2008), SA-45: forma abreviada del SCL-90. *Psicothema* 20/2, pp. 290-296.

12.4. Protocollo MBSRQ

LUIS BOTELLA GARCÍA DEL CID, EMMA RIBAS RABERT Y JESÚS BENITO RUIZ

ANEXO 2: VERSIÓN ESPAÑOLA VALIDADA DEL MBSRQ REDUCIDO Y ADAPTADO
MBSRQ® CUESTIONARIO DE IMAGEN CORPORAL (VERSIÓN ESPAÑOLA)

Ribas, Botella y Benito (2008)

Instrucciones

A continuación encontrará una serie de preguntas acerca de cómo la gente piensa, siente o se comporta. Indique por favor su grado de acuerdo con cada afirmación con respecto a Vd.

No hay respuestas verdaderas o falsas. Dé la respuesta que más se ajuste a usted mismo.

Use la escala que encontrará al principio del cuestionario para puntuar las afirmaciones.

Anote el número en la casilla que se encuentra a la izquierda de cada afirmación.

Por favor sea lo más sincero posible.

Gracias.

[illegible]

Use una escala del 1 al 5 para mostrar el grado de satisfacción o insatisfacción con cada una de las partes del cuerpo que aparecen a continuación

- | | | |
|-------|-----|---|
| | 1. | Muy insatisfecho/a |
| | 2. | Bastante insatisfecho/a |
| | 3. | Punto medio |
| | 4. | Bastante satisfecho/a |
| | 5. | Muy satisfecho/a |
| ----- | 40. | Parte inferior del cuerpo (nalgas, muslos, piernas, pies) |
| ----- | 41. | Parte media del cuerpo (abdomen y estómago) |
| ----- | 42. | Parte superior del cuerpo (pecho, hombros, brazos) |
| ----- | 43. | Tono muscular |
| ----- | 44. | Peso |
| ----- | 45. | Aspecto general |

12.5. Protocolo para la Generación de los Constructos de la Rejilla Corporal

	CARACTERÍSTICAS	¿QUÉ ES LO CONTRARIO DE ESA CARACTERÍSTICA?
1. Por favor, piense en una característica (o más) de su pecho, que tenga en común con su cuerpo (entendido globalmente), o que lo diferencie de éste.		
2. Por favor, piense en una característica (o más) de sus axilas, que tengan en común con su cuerpo (entendido globalmente), o que lo diferencie de éste.		
3. Por favor, piense en una característica (o más) de sus brazos, que tengan en común con su cuerpo (entendido globalmente), o que lo diferencien de éste.		
4. Por favor, piense en una característica (o más) de su piel, que tenga en común con su cuerpo (entendido globalmente), o que lo diferencie de éste.		
5. Por favor, piense en una característica (o más) de su cuello, que tenga en común con su cuerpo (entendido globalmente), o que lo diferencie de éste.		
6. Por favor, piense en una característica (o más) de su abdomen, que tenga en común con su cuerpo (entendido globalmente), o que lo diferencie de éste.		
7. Por favor, piense en una característica (o más) de sus caderas, que tengan en común con su cuerpo (entendido globalmente), o que lo diferencien de éste.		
8. Por favor, piense en una característica (o más) de sus genitales, que tengan en común con su cuerpo (entendido globalmente), o que lo diferencien de éste.		
9. Por favor, piense en una característica (o más) de sus piernas, que tengan en común con su cuerpo (entendido globalmente), o que lo diferencien de éste.		
10. Por favor, piense en una característica (o más) de su cabeza, que tenga en común con su cuerpo (entendido globalmente), o que lo diferencie de éste.		
11. Por favor, piense en una característica (o más) de su cara, que tenga en común con su cuerpo (entendido globalmente), o que lo diferencie de éste.		

12.6. Protocolo de Rejilla Corporal

		NÚMERO IDENTIFICACIÓN:.....		PROYECTO IMAGEN CORPORAL Y AUTOESTIMA 12	
I	I	1 Muy 2 Bastante 3 Un poco	4 Punto medio	5 Un poco 6 Bastante 7 Muy	A
II	II				B
III	III				C
IV	IV				D
V	V				E
VI	VI				F
VII	VII				G
VIII	VIII				H
IX	IX				I
X	X				J
XI	XI				K
XII	XII				L
XIII	XIII				M
XIV	XIV				N
XV	XV				
					Cuerpo real
					Pecho
					Axilas
					Brazo
					Piel
					Cuello
					Abdomen
					Caderas
					Genitales
					Piernas
					Cabeza
					Cara
					Cuerpo 5 años antes de cirugía
					Cuerpo ideal

12.7. Trabajos Compendiados

IMAGEN CORPORAL Y AUTOESTIMA EN MUJERES MASTECTOMIZADAS

Marta Segura-Valverde¹, Rebeca García-Nieto¹ y Luis Ángel Saúl Gutiérrez²

¹ Fundación Jiménez Díaz, IDC-Salud, Madrid

² Universidad Nacional de Educación a Distancia

Resumen

Objetivo: Estudiar la imagen corporal que construyen las pacientes diagnosticadas de cáncer de mama tras someterse a intervención quirúrgica, mastectomía radical y cirugía conservadora, tanto en lo referente a aspectos corporales relacionados directamente con la lesión como a zonas corporales no relacionadas, e investigar cómo esa imagen afecta a la autoestima centrada en lo corporal.

Método: Contamos con una muestra de 23 pacientes (12 mujeres mastectomizadas y 11 con cirugía conservadora) y 24 mujeres sanas que sirvieron como grupo control. El instrumento de evaluación utilizado es la Técnica de la Rejilla Corporal. Se analizaron las diferencias entre los grupos mediante ANOVA de un factor y las pruebas no paramétricas *H* de Kruskal Wallis y *U* de Mann-Whitney.

Resultados y conclusiones: Los resultados del estudio han permitido identificar qué aspectos son los más dañados en la autoestima y autoimagen de las pacientes, estableciendo que no existen diferencias significativas en la imagen corporal global y la autoestima centrada en lo corporal entre mujeres mastectomizadas y mujeres sometidas a cirugía conservadora, aunque sí en la imagen que se tiene de las zonas corporales específicamente implicadas en la cirugía. Sí se han encontrado diferencias entre estos dos grupos y el grupo de mujeres sanas en imagen corporal global y autoestima. Los resultados obtenidos permitirán identificar los aspectos de la imagen corporal más afectados

Abstract

Aim: To study the body image built by patients with breast cancer after surgery, radical mastectomy and partial mastectomy, related to body parts directly involved in surgery and not directly related to it, and to investigate how this image affects bodily self-esteem.

Method: Our sample comprised 23 patients (12 had been subjected to radical mastectomy and 11 to partial mastectomy) and 24 healthy women (they served as control group). Participants were assessed with the Body Grid technique. We analyzed the differences between groups using one way ANOVA and non-parametric tests (namely, *H* de Kruskal Wallis and *U* de Mann-Whitney).

Results: Our findings allowed us to identify which were the most damaged aspects about self-esteem and body image in these patients, showing that there were no significant differences in body image and bodily self-esteem between patients subjected to radical and partial mastectomy. However, we found significant differences between body parts directly involved in surgery and those not directly related to it. Finally, we found significant differences between both groups of patients and the control group regarding body image and self-esteem.

Conclusions: Our results show that the Body Grid Technique is helpful to identify the most affected aspects of body image in patients subjected to mastectomy and tailor

Correspondencia:

Marta Segura-Valverde
c/ Quintana 11, 5 planta
28004, Madrid
E-mail: msegurav@fdj.es

en las pacientes y por tanto orientar posibles intervenciones psicológicas futuras hacia la reconstrucción adaptativa y sana de los mismos.

Palabras clave: Imagen corporal, autoestima, técnica de rejilla corporal, cáncer de mama.

psychological treatments aimed at improving body image in these patients.

Key words: Body image, self-esteem, body grid technique, breast cancer.

INTRODUCCIÓN

El cáncer de mama es, tras el cáncer de pulmón, el segundo más frecuente del mundo. En Europa se diagnostican 370.000 casos al año (27,4%)⁽¹⁾. En España se diagnostican en torno a 22.000 casos cada año (cerca del 30% de los tumores en mujeres que se dan en el país), siendo más frecuente el diagnóstico entre los 45 y los 65 años⁽¹⁾.

El estudio de la imagen corporal en pacientes con cáncer de mama tiene especial relevancia por su importancia epidemiológica y sus connotaciones psicosociales para las mujeres. En la cultura occidental el pecho de la mujer se relaciona con la sexualidad y el atractivo físico, así como con la maternidad y la lactancia, por lo que para algunas mujeres su pérdida supone también la renuncia a sus deseos de tener hijos⁽²⁾.

Una de las definiciones más aceptadas de la imagen corporal es la que la describe como la percepción que tenemos tanto del cuerpo global y de cada una de sus partes como del movimiento y límites de éste, la experiencia subjetiva de actitudes, pensamientos, sentimientos y valoraciones que hacemos y sentimos y el modo de comportarnos derivado de las cogniciones y los sentimientos que experimentamos⁽³⁾. Se refiere a cómo pensamos, sentimos, percibimos y actuamos en relación al propio cuerpo. La autoestima, por su parte, implica la valoración positiva o negativa que tiene la persona de sí misma, los sentimientos sobre las características personales y la va-

lencia afectiva de estos⁽⁴⁾. En este estudio nos hemos centrado en la autoestima relacionada específicamente con la imagen corporal, los sentimientos asociados a la percepción que tienen las mujeres mastectomizadas de su propio cuerpo y las implicaciones emocionales que tiene.

En líneas generales, existe evidencia de que las mujeres sometidas a cirugías conservadoras preservan mejor la imagen y la integridad corporal que las que se someten a cirugías radicales⁽⁵⁾. El grupo de Achte⁽⁶⁾ observó un claro efecto negativo de la mastectomía sobre la imagen corporal, manifestado por sentimientos de vergüenza y problemas para verse desnudas. Vázquez-Ortiz et al.⁽⁷⁾ encontraron que el 50% de las mujeres mastectomizadas están preocupadas por la reanudación de las relaciones sexuales, tienen miedo al rechazo de la pareja y perciben una disminución de su interés sexual. Igualmente, tienen más problemas relacionados con la propia desnudez y tienen una valoración más negativa de su atractivo físico. Por todo ello, concluyeron que las mujeres mastectomizadas presentan alteraciones en la sexualidad y en la imagen corporal más allá del primer año tras la mastectomía si no hay intervención psicológica. La vivencia del esquema corporal como fuente de tensión y malestar psicológico se expresa en estas pacientes en temas relacionados con las prendas de vestir, la dificultad para verse desnudas ante el espejo y los sentimientos negativos por verse asimétricas^(6, 8). Esta percepción de la imagen corporal es significativamente diferente a la imagen

corporal premórbida de las pacientes, y el cambio se produce independientemente del estado de otras variables psicológicas clásicas como la ansiedad, la depresión, el autoconcepto o el locus de control⁽⁹⁾.

El estudio de la autoestima y la imagen corporal se ha abordado desde distintas perspectivas dentro del ámbito de la psicología. Aquí nos centramos en la perspectiva constructivista representada por la Teoría de los Constructos Personales (TCP), formulada por George Kelly⁽¹⁰⁾. Según esta teoría, las personas construyen, de forma contextualizada y en base a intercambios interpersonales y socioculturales, su propia realidad. Estas construcciones personales se denominan "constructos". A raíz de la TCP, su autor desarrolla la Técnica de la Rejilla, instrumento de evaluación psicológica que permite explorar el sistema de constructos personales para poder evaluar la estructura y el contenido de los significados con los que se desenvuelve cada persona⁽¹¹⁾. La técnica de la rejilla se ha aplicado en diversos ámbitos relativos a la salud⁽¹²⁻¹⁷⁾. Concretamente, la técnica de la rejilla corporal se ha mostrado útil en el estudio de la imagen corporal en pacientes con trastornos de la conducta alimentaria⁽¹⁸⁻²²⁾, en mujeres embarazadas y sometidas a programas de fecundación in vitro^(21,23,24), así como en enfermedades hematológicas y cáncer⁽²⁵⁻²⁷⁾, ya que permite elicitar la estructura de la imagen corporal y determinar la aceptación del cuerpo y la integración de sus partes^(21,28,29). La técnica de la rejilla se ha mostrado útil para investigar el significado personal y el impacto que tiene el cáncer para cada persona⁽²⁹⁾.

En lo que respecta específicamente al cáncer de mama y la TCP, hasta ahora se han investigado los efectos de los programas de intervención psicoterapéutica⁽³⁰⁻³²⁾ y psicosocial⁽²⁾, poniendo de manifiesto los beneficios de las intervenciones psicológicas sobre el bienestar y la calidad de vida de estas pacientes.

El principal objetivo de este estudio es explorar la imagen corporal que construyen en las pacientes con cáncer de mama tras someterse a una intervención quirúrgica de mastectomía, tanto en lo referente a aspectos corporales relacionados directamente con la lesión como a zonas corporales no relacionadas, e investigar cómo esa imagen afecta a la autoestima centrada en lo corporal, utilizando la técnica de evaluación psicológica de la Rejilla Corporal. Para ello, planteamos dos hipótesis: 1) La autoestima corporal de las pacientes con cáncer de mama sometidas a mastectomía, al menos en lo referente a los aspectos corporales, será más baja y negativa que la del grupo de pacientes sometidas a cirugía conservadora y el grupo control; 2) Las áreas del cuerpo afectadas o posiblemente afectadas por la mastectomía (pecho y axilas) se encontrarán menos integradas en la imagen corporal que las áreas no relacionadas con la intervención (brazos, piel, abdomen, caderas, genitales, piernas, cuello, cabeza y cara) en la muestra de pacientes con cáncer, mientras que en el grupo control se encontrará mayor variabilidad en las áreas que se integran en la imagen corporal, sin encontrarse específicamente afectadas las relacionadas con el cáncer de mama.

MÉTODOS

Participantes

47 mujeres participaron en este estudio: 23 pacientes, de entre 30 y 70 años, diagnosticadas de cáncer de mama en estadio I, II o III e intervenidas quirúrgicamente entre 2010 y 2012 formaron parte del grupo de casos y 24 mujeres sanas, equivalentes en edad y nivel educativo, formaron parte del grupo control. El primer grupo se dividió a su vez en dos subgrupos: 12 pacientes sometidas a mastectomía radical y 11 a cirugía conservadora. Todas las pacientes

fueron atendidas en el programa de Psico-oncología de la Fundación Jiménez Díaz – IDC Salud. Fueron incluidas en el estudio aquellas mujeres con tratamientos adyuvantes de otro tipo (quimioterapia, radioterapia, terapia hormonal o combinado) antes y/o después de la cirugía. Aquellas pacientes con enfermedad oncológica en estadio IV (metástasis) fueron excluidas (2 pacientes). Además, las mujeres que tuviesen un diagnóstico clínico de psicopatología grave (4 pacientes) fueron excluidas tanto del grupo de estudio como del control.

La selección de la muestra se realizó de forma incidental, y la participación en el estudio fue voluntaria con posibilidad de revocar el consentimiento dado en todo momento.

Instrumentos

Técnica de la Rejilla Corporal

Consiste en una matriz de datos, tabla de doble entrada, compuesta por filas, donde se sitúan los constructos elicitados, y por columnas, donde se sitúan los elementos seleccionados. Se desarrolló una rejilla específica para evaluar la imagen corporal y sus alteraciones basada en el trabajo de Borkenhagen et al.^(21, 28). Un ejemplo de esta técnica aparece recogido en la figura 1.

Se seleccionaron como elementos de la rejilla diversas partes del cuerpo, relacionadas con el cáncer de mama y otras no relacionadas, así como los elementos “*Cuerpo Real*”, “*Cuerpo 5 años antes de la cirugía*” para el caso de las pacientes y “*Cuerpo hace 5 años*” para el caso de los controles, y “*Cuerpo Ideal*”, de tal manera que los 14 elementos elegidos quedaron tal como sigue: *Cuerpo Real*, *Pecho*, *Axilas*, *Brazo*, *Piel*, *Cuello*, *Abdomen*, *Caderas*, *Genitales*, *Piernas*, *Cabeza*, *Cara*, *Cuerpo 5 años antes de la cirugía/Cuerpo hace 5 años* y *Cuerpo Ideal*. En la elicitación de constructos se

tomó el número mínimo de 11 y máximo de 15. Para la elicitación de los constructos se utilizó el método diádico, que consiste en la presentación conjunta de pares de elementos para su comparación. Se presentó cada uno de los elementos referidos a una parte del cuerpo junto con el elemento “*Cuerpo Real*”, siguiendo los trabajos previos de Weber et al.⁽²⁵⁾ y Borkenhagen et al.^(20, 21), aunque en algunos casos, debido a las dificultades para pensar en términos corporales de las participantes, fue necesario recurrir al método monádico, en el que se pregunta por una característica que describa un único elemento. La característica que aparece en respuesta a las preguntas es el llamado polo emergente del constructo. En todos los casos, se solicitaba a continuación que nombrasen la característica que consideraban opuesta a la mencionada, el polo de contraste, para completar así cada uno de los constructos bipolares. Una vez elicitados todos los constructos, se pidió a las participantes que puntuasen la rejilla mediante una escala de intervalo donde 1 (muy), 2 (bastante) y 3 (un poco), se refieren al polo emergente, 4 (punto medio) es un intermedio, y 5 (un poco), 6 (bastante) y 7 (muy) hacen referencia al polo de contraste.

Procedimiento

El reclutamiento de pacientes se llevó a cabo desde octubre de 2011 hasta diciembre de 2012 en el Centro de Salud Mental (CSM) de Argüelles, perteneciente a la Fundación Jiménez Díaz-IDC Salud (Madrid). La primera firmante de este artículo se encargó personalmente de esta fase del estudio. Se contactó por vía telefónica con aquellas pacientes del programa de Psico-oncología que cumplían los criterios de inclusión. Se les explicó el estudio y, en caso de aceptar, se concertó una cita con ellas para explicarles los detalles del estudio. 19 mujeres rechazaron participar en el es-

Figura 1. **Ejemplo de Rejilla Corporal**

				A	B	C	D	E	F	G	H	I	J	K	L	M	N
				Cuerpo real	Pecho	Axilas	Brazo	Piel	Cuello	Abdomen	Caderas	Genitales	Piernas	Cabeza	Cara	Cuerpo 5 años antes de cirugía	Cuerpo ideal
1	Muy																
2	Bastante	4 Punto medio															
3	Un poco		5 Un poco														
			6 Bastante														
			7 Muy														
I	CÁLIDO	I	FRÍO	3	1	1	5	3	1	1	5	1	6	1	6	3	7
II	SUAVES	II	ÁSPERAS	5	2	1	5	6	1	1	6	1	6	1	3	4	6
III	DELGADOS	III	GORDO	6	4	2	1	6	1	5	2	6	1	4	2	3	2
IV	GRUESA	IV	FINA	1	4	5	7	2	6	3	6	2	7	4	5	2	6
V	FIRME	V	DÉBIL	6	2	2	6	6	3	7	4	2	1	3	6	3	1
VI	FLÁCIDO	VI	TENSO	1	6	7	2	3	5	1	1	6	7	7	2	3	1
VII	ESTRECHO	VII	ANCHO	7	6	1	2	1	3	6	1	1	2	2	3	5	3
VIII	OSCUROS	VIII	CLAROS	4	7	3	3	4	6	3	6	2	6	2	3	4	1
IX	LARGAS	IX	CORTAS	1	4	4	1	4	2	4	6	6	1	4	4	1	1
X	LÚCIDA	X	OPACA	3	2	6	6	7	2	4	4	6	3	7	1	3	1
XI	EXPERTA	XI	INEXPERTA	6	6	6	3	7	1	1	3	3	1	7	1	6	1
XII		XII															
XIII		XIII															
XIV		XIV															
XV		XV															

tudio. Para la selección de la muestra control, se contactó con el Equipo de Atención Primaria (EAP) del C.S. Argüelles y se siguió el mismo procedimiento. Tras esto, las mujeres que aceptaron participar firmaron un consentimiento informado, previamente aprobado por el Comité de Ética de la Fundación Jiménez Díaz-IDC Salud, en el que se especificó el carácter voluntario de la participación en el estudio, así como la no remuneración a las participantes y la posibilidad de abandonar la investigación

en cualquier momento sin ningún impedimento por nuestra parte. A continuación se llevó a cabo la aplicación de la Técnica de la Rejilla.

DISEÑO

Utilizamos un diseño *ex post facto* de tipo retrospectivo con un único momento de medida de las variables. Se consideró como variable independiente o predictora el Tipo de Cirugía a que se sometieron

las participantes. Es una variable nominal, con tres niveles diferenciados: No cirugía, Cirugía conservadora y Cirugía radical o mastectomía.

Para el contraste de la primera hipótesis, utilizamos como variables dependientes varios índices de autoestima obtenidos a través de la Técnica de la Rejilla Corporal: 1) La correlación Cuerpo Real – Ideal: es un coeficiente producto-momento entre ambos elementos. Como todo coeficiente de correlación varía entre -1 y 1. Las correlaciones positivas y altas indican una autoestima elevada, ya que ambos elementos se perciben muy similares. Si las correlaciones son negativas o muy bajas, reflejan una baja autoestima; 2) Disimilitud Cuerpo Real – Ideal: es una variable continua, distancias euclidianas, calculadas con el programa RECORD 5.0⁽³³⁾, que varía entre 0 y 1 y que da cuenta de la distancia existente entre la imagen que se tiene del cuerpo como totalidad y la imagen deseada. Cuanto mayor sea la distancia, más diferencia existirá entre ambas imágenes. Ambas variables correlacionan en sentido inverso. En este caso, al utilizar una técnica diseñada especialmente para evaluar partes del cuerpo, los resultados de autoestima se refieren específicamente a aspectos corporales.

Con objeto de examinar la segunda hipótesis, utilizamos como variables dependientes las Distancias medias entre los elementos relacionados con la intervención quirúrgica (Pecho y Axilas) y el Cuerpo Real, y las distancias medias entre los elementos no relacionados con la intervención quirúrgica (Brazos, Piel, Abdomen, Caderas, Genitales, Piernas, Cabeza y Cara, excluido el elemento Cuello) y el Cuerpo Real, así como las distancias entre las mismas agrupaciones de elementos y el Cuerpo Ideal. Las distancias entre elementos indican si la persona los percibe semejantes o diferentes. Se trata de una variable continua que oscila entre 0 y 1.

Una distancia pequeña entre una parte del cuerpo y el Cuerpo Ideal indica una actitud de aceptación de dicha zona, mientras que una distancia grande entre ambas es indicativa de descontento o rechazo de esa misma parte. En cuanto a la diferencia con el elemento Cuerpo Real, una distancia pequeña entre este elemento y uno de los referidos a zonas concretas del cuerpo indica que esta zona estaba integrada en el concepto de imagen corporal, mientras que una distancia importante muestra que esta zona se disocia o rechaza. Esta disociación podría indicar que este elemento no se integra en la imagen corporal. En este caso, comparamos las distancias agrupándolas en función de si los elementos a que se refieren se ven afectados o no por la intervención quirúrgica, de tal modo que creamos 4 variables dependientes: Distancia Media de Elementos Relacionados con la Intervención al Cuerpo Real, Distancia Media de Elementos No relacionados con la Intervención al Cuerpo Real, Distancia Media de Elementos Relacionados con la Intervención al Cuerpo Ideal, Distancia Media de Elementos No relacionados con la Intervención al Cuerpo Ideal.

A continuación, construimos otras dos variables: una calculando la diferencia entre las distancias de elementos relacionados con la intervención y los elementos no relacionados con la intervención respecto al Cuerpo Real, y otra variable con las diferencias entre las distancias de los elementos relacionados y no relacionados con la cirugía al Cuerpo Ideal.

Análisis de Datos

En primer lugar, se llevó a cabo un análisis cuantitativo de los datos mediante el programa informático RECORD 5.0⁽³³⁾, específico para la Técnica de la Rejilla. Después se realizaron los análisis estadísticos, a nivel descriptivo e inferencial, de estos datos mediante el paquete informático

SPSS® (*Statistical Package for Social Sciences*) para Windows, versión 19⁽³⁴⁾. Para el análisis descriptivo de los datos, se utilizó la prueba de Chi-cuadrado para tablas de contingencia. Las variables sociodemográficas examinadas fueron: Lugar de origen, Estado civil, Número de hijos, Nivel educativo, Nivel económico y Situación laboral. Del mismo modo estudiamos la distribución de variables relacionadas específicamente con la intervención quirúrgica: Grado del tumor, Año de la cirugía y Tratamiento adyuvante.

Para el contraste de las dos hipótesis planteadas en este estudio, llevamos a cabo varios Análisis de varianza de un factor. Posteriormente, para conocer entre cuáles de los tres grupos existían diferencias significativas, realizamos contrastes post hoc, utilizando la prueba de Bonferroni.

Cuando no se cumplían los supuestos establecidos para realizar este tipo de análisis (en el caso de las variables Distancia media de los elementos no relacionados con la cirugía al Cuerpo Ideal y las dos variables creadas por nosotros -Diferencia entre elementos relacionados y no relacionados con la intervención quirúrgica tanto respecto al Cuerpo Real como al Cuerpo Ideal-), llevamos a cabo una prueba no paramétrica (más concretamente, el test de Kruskal-Wallis para muestras independientes), seguida de la prueba U de Mann Whitney para comparaciones por pares en los casos en que aparecieron diferencias.

Resultados

Descriptivos

La media de edad para el total de las participantes fue de 49,94 ($dt = 10,12$; rango 32-69), siendo para el grupo de mujeres con mastectomía de 51,50 ($dt = 11,44$; rango 37-69), para el grupo de cirugía conservadora de 47,55 ($DT = 8,76$; rango 34-60) y para el grupo control de 50,25

($DT = 10,24$; rango 32-68). Se encontraron diferencias estadísticamente significativas únicamente en dos de las variables sociodemográficas examinadas: en la variable Hijos ($\chi^2 = 7,88$; $p = 0,019$), donde se observa una clara diferencia entre el grupo de mujeres sanas y los grupos de cirugía, ya que en el primero el 79,2% de las participantes tienen hijos, mientras que en el grupo de cirugía radical se reduce al 41,7%, y al 36,4% en el grupo de cirugía conservadora; y Situación laboral ($\chi^2 = 18,929$; $p = 0,015$), donde destaca el grupo de cirugía conservadora, con un 45% de pacientes en situación de desempleo (en los otros grupos se reduce a un 8,3%) y sin ninguna participante jubilada (en los otros grupos oscila entre 10-17%). También aparecieron diferencias en incapacidad laboral temporal, con el 33,3% del grupo de cirugía radical en esta situación. No encontramos diferencias en cuanto a incapacidad laboral permanente.

Tampoco encontramos diferencias entre los 3 grupos en cuanto a las variables relacionadas específicamente con la intervención quirúrgica: Grado de tumor ($\chi^2 = 1,11$; n.s.), Año de la cirugía ($\chi^2 = 1,869$; n.s.) y Tratamiento adyuvante ($\chi^2 = 4,439$; n.s.).

Hipótesis 1

Los resultados relativos al contraste de la primera hipótesis (si las mujeres sometidas a mastectomía muestran un nivel de autoestima centrada en lo corporal más bajo y negativo que las mujeres sometidas a cirugías conservadoras y mujeres sanas) aparecen recogidos en la tabla 1. Tal y como muestra dicha tabla, existen diferencias significativas en el nivel de autoestima centradas en aspectos corporales entre las mujeres que han pasado por una cirugía, tanto radical como conservadora, y las mujeres del grupo control. Sin embargo, no encontramos diferencias entre ambos tipos de intervención quirúrgica.

Tabla 1. **ANOVA de un factor para los índices de autoestima.**

Variable dependiente	Estadístico de contraste		Post hoc	
	F	Significación	Bonferroni	Significación
Correlación Cuerpo Real – Ideal	9,210	<,01		
Cir. Radical – No cirugía			,551	,02
Cir. Conservadora – No cirugía			,480	,008
Cir. Radical – Cir. Conservadora			,071	1,00
Disimilaridad Cuerpo Real - Ideal	24,230	<,001		
Cir. Radical – No cirugía			,342	<,001
Cir. Conservadora – No cirugía			,200	,001
Cir. Radical – Cir. Conservadora			,141	,06

Hipótesis 2

Los resultados del contraste de la segunda hipótesis (relativa a la integración de las diferentes partes del cuerpo en la imagen corporal, en función de si se encuentran o no afectadas por la cirugía) aparecen recogidos en las tablas 2 y 3. Tal y como muestra la tabla 2, existen diferencias estadísticamente significativas entre los tres grupos en cuanto a la in-

tegración de los elementos relacionados con la cirugía respecto al Cuerpo Real, en la integración de los elementos no relacionados y el Cuerpo Real, y en la integración de los elementos relacionados con la intervención y el Cuerpo Ideal.

Para las variables relacionadas con la integración de elementos respecto al Cuerpo Real, encontramos diferencias significativas entre los grupos de no cirugía y mastectomía, tanto para los elementos

Tabla 2. ANOVA de un factor para las variables Distancia de los elementos relacionados con la cirugía al Cuerpo Real, Distancia de los elementos no relacionados con la cirugía al Cuerpo Real y Distancia de los elementos relacionados con la cirugía al Cuerpo Ideal.

Variable dependiente	Estadístico de contraste		Post – hoc	
	F	Significación	Bonferroni	Significación
Distancia Elementos Relacionados Qx – C. Real	4,472	,017		
No Cirugía – Cir. Conservadora			-,058	,243
No Cirugía – Cir. Radical			-,091	,020
Cir. Conservadora – Cir. Radical			-,058	1,000
Distancia Elementos No relacionados Qx – C. Real	10,735	<,001		
No Cirugía – Cir. Conservadora			-,076	,09
No Cirugía – Cir. Radical			-,151	<,001
Cir. Conservadora – Cir. Radical			-,075	,184
Distancia Elementos Relacionados Qx – C. Ideal	35,404	<,001		
No Cirugía – C. Conservadora			-,152	,012
No Cirugía – C. Radical			-,409	<,001
C. Conservadora – C. Radical			-,256	<,001

Tabla 3. Pruebas no paramétricas para las variables Distancia de elementos no relacionados con la cirugía al Cuerpo Ideal, Diferencia entre elementos relacionados y no relacionados con la cirugía respecto al Cuerpo Real y Diferencia entre elementos relacionados y no relacionados con la cirugía respecto al Cuerpo Ideal

Variable dependiente	Estadístico de contraste				
	H	Significación	U	Z	Significación
Distancia Elementos No Relacionados Qx – C. Ideal	13,266	<,001			
No Cirugía – Cir. Conservadora			74,50	-2,048	,040
No Cirugía – Cir. Radical			43,00	-3,390	,001
Cir. Conservadora – Cir. Radical			39,50	-1,630	,102
Diferencia elementos Relacionados-No al C. Real	1,306	0,521			
Diferencia elementos Relacionados-No al C. Ideal	24,216	<,001			
No Cirugía – C. Conservadora			87,000	-1,602	,109
No Cirugía – C. Radical			0,000	-4,836	<,001
C. Conservadora – C. Radical			18,500	2,927	,003

relacionados con la intervención como para los elementos no relacionados con la cirugía. Sin embargo, no encontramos diferencias entre los dos tipos de cirugía ni entre grupo control y el de cirugía conservadora. Respecto a la integración de los elementos relacionados con la intervención en el Cuerpo Ideal, aparecieron diferencias entre el grupo control y ambos grupos de cirugía, así como entre ambos tipos de cirugía.

En cuanto a las variables Distancia media de los elementos no relacionados con la cirugía al Cuerpo Ideal, y las dos variables creadas por nosotros (Diferencia entre elementos relacionados y no relacionados con la intervención quirúrgica tanto respecto al Cuerpo Real como al Cuerpo Ideal), al no cumplirse los supuestos necesarios para el análisis de varianza, nos decidimos por la prueba no paramétrica H de Kruskal Wallis para muestras independientes, seguida de comparaciones por pares con la prueba U de Mann-Whitney, en los casos en que aparecieron diferencias.

Tal y como muestra la tabla 3, para la variable Distancia media de los elementos

no relacionados con la cirugía al Cuerpo Ideal, encontramos diferencias significativas entre el grupo de no cirugía y ambos grupos de cirugía. Sin embargo, no aparecieron diferencias entre los grupos de cirugía conservadora y radical. Respecto a las variables Diferencia entre elementos relacionados y no relacionados con la cirugía tanto al Cuerpo Real como al Cuerpo Ideal, aparecieron diferencias únicamente respecto a este último. Asimismo, encontramos diferencias significativas en el grupo de cirugía radical respecto a los grupos de no cirugía y de cirugía conservadora, mientras que no encontramos diferencias entre el grupo de cirugía conservadora y el de no cirugía.

DISCUSIÓN

En esta investigación hemos abordado el estudio de la imagen corporal y la autoestima centrada en aspectos corporales en mujeres sometidas a cirugía por cáncer de mama, con especial énfasis en la cirugía radical o mastectomía. Aunque gran parte de la investigación se centra únicamente

en las consecuencias de la mastectomía radical, encontrando una clara influencia negativa de la mastectomía sobre la imagen corporal⁽⁶⁾ respecto a mujeres sanas, nosotros optamos por examinar también el impacto en las pacientes sometidas a otro tipo de cirugía.

Tal y como habíamos previsto en nuestra primera hipótesis, la autoestima relacionada con los aspectos corporales de las pacientes sometidas a mastectomía (radical y conservadora) fue más baja y negativa que la de las mujeres del grupo control. No obstante, en contra de lo que habíamos previsto, no encontramos diferencias estadísticamente significativas entre los dos grupos de pacientes sometidas a mastectomía: aunque el nivel de autoestima en las mujeres sometidas a cirugía radical fue menor que el de las mujeres sometidas a cirugía conservadora, esta diferencia no fue estadísticamente significativa. En base a estos resultados, sería lícito pensar que las mujeres sometidas a procedimientos quirúrgicos mamarios tienen un nivel de autoestima corporal más bajo y negativo que las mujeres sanas, mientras que tanto las mujeres mastectomizadas como las sometidas a cirugías conservadoras muestran un nivel de autoestima similar. Estos resultados contradicen los encontrados en otros estudios, en los que se encuentra que las mujeres mastectomizadas tienen peor imagen corporal y una autoestima más baja que las mujeres que han pasado por una tumorectomía^(35,36). En cuanto a la mastectomía radical, Vázquez-Ortiz⁽⁷⁾ afirma que las mujeres mastectomizadas muestran alteraciones en la sexualidad y la imagen corporal más allá del primer año tras la intervención quirúrgica, aunque no hace referencia a cirugía conservadora. En la misma línea de resultados que los obtenidos en esta investigación, otros grupos no han encontrado diferencias entre distintos tipos de cirugía (mastectomía con reconstrucción, mastectomía sin re-

construcción y tumorectomía), incluso en los años siguientes al tratamiento^(37,38). Del mismo modo, en un meta-análisis llevado a cabo por Moyer⁽³⁹⁾ en el que se comparaban los resultados de la cirugía conservadora y la mastectomía, tras controlar otras variables como el ajuste psicológico, marital-sexual y social, la imagen corporal y los miedos y preocupaciones relacionados con el cáncer, únicamente encontraron una ligera ventaja para la cirugía conservadora.

Nuestra segunda hipótesis hacía referencia a la integración y aceptación de las diferentes partes del cuerpo en función de si están o no afectadas por la cirugía. En general, en cuanto a la visión del Cuerpo Real, encontramos una peor integración de las distintas partes del cuerpo respecto a la imagen corporal global en el caso de las mujeres mastectomizadas con respecto al grupo control, tanto en lo que se refiere específicamente al pecho y las axilas como al resto de partes del cuerpo. Sin embargo, no encontramos diferencias entre los dos grupos de cirugía.

En cuanto a la integración de elementos corporales respecto al Cuerpo Ideal, como medida de la aceptación o rechazo de esos elementos, no encontramos dificultades en la integración de los mismos en la imagen corporal global, aunque sí se observa una menor aceptación, especialmente del pecho y las axilas, en las mujeres sometidas a cirugía frente a las mujeres sanas, siendo más importante el rechazo en las mujeres mastectomizadas. En líneas generales, no encontramos diferencias significativas entre ambos grupos de cirugía a este respecto, aunque sí se observa una mayor aceptación de los elementos específicamente relacionados con la cirugía en las mujeres sometidas a procedimientos conservadores que radicales.

En esta línea, Vázquez-Ortiz⁽⁷⁾ afirma que, aunque determinadas áreas de la imagen corporal (actitudes frente a la propia

desnudez y el atractivo físico) sí se vean afectadas, la mastectomía por cáncer de mama no se asocia a una peor autovaloración cuando se lleva a cabo de forma global, incluyendo estado de salud, apariencia física y capacidad funcional. Por otra parte, nuestros resultados concuerdan sólo parcialmente con los estudios de Die Trill⁽⁵⁾, quien afirma que, en comparación con las mujeres mastectomizadas, las mujeres sometidas a cirugías conservadoras conservan mejor la imagen e integridad corporales

Finalmente, no encontramos que se produzca una disociación en la imagen corporal, que se informa como componente importante de la experiencia del cáncer de mama y que crea un sentimiento de disonancia entre la mujer y su propio cuerpo⁽⁴⁰⁾.

Los resultados obtenidos en este estudio deben interpretarse con cautela debido a sus limitaciones metodológicas: la selección incidental de la muestra, el pequeño número de participantes en cada grupo y el sesgo que establece que se limiten a pacientes derivadas al programa de Psico-oncología. A pesar de dichas limitaciones, pensamos que nuestros resultados tienen interés clínico. De cara a la intervención psicológica sobre la imagen corporal en el caso de la mastectomía radical, podríamos pensar en la necesidad de realizar un abordaje global del esquema corporal en primer lugar, ya que existe una mala integración de todas las partes del cuerpo, que permita una construcción más completa y adaptada de la imagen corporal, para más adelante centrar la intervención en la aceptación y "reconciliación" con las zonas específicamente afectadas por la intervención (pecho y axilas). En lo referente a la intervención sobre la autoestima, el hecho de no haber encontrado diferencias entre ambos grupos de cirugía pero sí respecto a las mujeres sanas nos lleva a pensar en la necesidad de intervenir sobre

otros aspectos más allá de los corporales, como puedan ser los relacionados con el rol de enfermo y/o el cambio en la situación laboral, y la afectación que esto pueda tener en las familias y personas cercanas a las pacientes, ya que probablemente sean factores que estén jugando un papel muy importante en el empeoramiento de la autoestima.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. A.E.C.C. Guía de preguntas frecuentes para pacientes con cáncer de mama. En línea. 2012 [Acceso 18/7/2012]; Disponible en: <https://www.aecc.es/SobreElCancer/CancerPorLocalizacion/CancerMama/Paginas/cancerdemama.aspx>.
2. Sebastián J, Manos D, Bueno MJ, Mateos N. Imagen corporal y autoestima en mujeres con cáncer de mama participantes en un programa de intervención psicosocial. *Clin Salud* 2007;1:137-61.
3. Raich R. Imagen corporal. Conocer y valorar el propio cuerpo. Madrid: Pirámide; 2000.
4. Mora M, Raich RM. Autoestima. Madrid: Síntesis; 2010.
5. Die Trill M, Die Goyanes A. El cáncer de mama. In: Die Trill M, editor. *Psico-Oncología*. Madrid: ADES; 2003. p. 165-84.
6. Achte K, Lindfors O, Salokari M, Vauhkonen ML, Lehtonen R. Psychological adaptation in the first postmastectomy year. *Psychiatr Fenica* 1987;18:103-12.
7. Vázquez-Ortiz J, Antequera R, Blanco Picabía A. Ajuste sexual e imagen corporal en mujeres mastectomizadas por cáncer de mama. *Psicooncología* 7:433-51.
8. Rosbund-Zickert AM. Los correlatos psicosociales del cáncer de mama y genitales en la mujer; y un estudio transcultural, España vs. Alemania. Valencia: Universidad de Valencia; 1989.
9. López Pérez MD, Polaino Lorente A, Aranz P. Imagen corporal en enfermas mastectomizadas. *Psiquis*; 1992;10: 49-54.

10. Kelly GA, editor. *The Psychology of Personal Constructs*. Londres: Rotledge, 1991.
11. Feixas Viaplana G, De la Fuente M, Soldevilla JM. La técnica de la rejilla como instrumento de evaluación y formulación de hipótesis clínicas. *Rev Psicopatol Psicol Clin* 2003;8:153-72.
12. Benasayag R, Feixás Viaplana G, Mearin F, Saúl Gutiérrez LA, Laso E. Conflictos cognitivos en el Síndrome del Intestino Irritable (SII): un estudio exploratorio. *Int J Clin Health Psychol* 2004;4:105-19.
13. Damani S, Button EJ, Reveley CH. The Body Image Structed Interview: A new method for the exploration of body image in women with eating disorders. *Eur Ea Disord Rev*; 2001;9:167-81. Doi: 10.1002/erv.373
14. Dooley G, Finlay AY. Personal construct systems of psoriatic patients. *ClinExp Derml* 1990;15:401-5. Doi: 10.1111/j.1365-2230.1990.tb02131.x
15. Robin AA, Copas JB, Jack AB, Kaeser AC, Thomas PJ. Reshaping the psyche. The concurrent improvement in appearance and mental state after rhinoplasty. *J Psychiatr* 1988;152:539-43.
16. Lucero Chenevard C, Feixás Viaplana G, Saúl Gutiérrez LA. Sistema de constructos y perfil sintomático en la etapa del climaterio: un estudio exploratorio. *Anu Psicol* 2003;34:371-83.
17. Saúl LA, López-González MA, Moreno Pulido A, Corbella S, Compañ V, Feixas G. Bibliometric review of the Repertory Grid Technique: 1998-2007. *J Construc Psychol* 2012;25:112-31. Doi:10.1080/10720537.2012.651065
18. Borkenhagen A. Körper-Grid und Körper-Selbst-Grafik als neue qualitativ-quantitative Erhebungsinstrumente der psychischen Repräsentanz des Körpers am Beispiel magersüchtiger und bulimischer Patientinnen. *Cognocess* 2002;44:383-400.
19. Borkenhagen A, Klapp BF. Elicitation and representation of cognitive-semantic body-experience patterns and dissociation tendencies in the body-self representation of anorectic patients, using the body grid and the body-onstruct graph. En: Klapp BF, Jordan J, Walter OB, editors. *Role Repertory Grid and Body Grid - Construct Psychological Approaches in Psychosomatic Research*. Frankfurt: VAS - Verlag für Akademische Schriften; 2004.p.157-74
20. Borkenhagen A, Klapp BF, Brähler E, Schnoeneich F. Differences in the psychic representation of the body in bulimic and oretic patients: a study with the body grid. *J Constr Psychol* 2008;21:60-81. Doi: 10.1080/10720530701734372
21. Borkenhagen A, Klapp BF, Schoeneich F, Brähler E. Differences in body image between anorexics and in-vitro-fertilization patients: A study with Body Grid GMS Psychosoc Med. 2005;2:1-11.
22. Weber CS, Thier P, Walter OB, Klapp BF. The body grid: An idiographic approach to explore body image, illustrated by the case of a female obese patient undergoing psychotherapy. En: Klapp BF, Jordan J, Walter OB, editors. *Role Repertory Grid and Body Grid - Construct Psychological Approach in Psychosomatic Research*. Frankfurt: VAS - Verlag für Akademische Schriften; 2004.p.205-16.
23. Borkenhagen A. The body grid as a gender-sensitive instrument for eliciting body experience, exemplified with reference to in-vitro-fertilization patients. In: Klapp BF, Jordan J, Walter OB, editors. *Role Repertory Grid and Body Grid - Construct Psychological Approaches in Psychosomatic Research*. Frankfurt: VAS - Verlag für Akademische Schriften; 2004.p.175-92
24. Sokolski I, Walter OB, Klapp C, Klapp BF. Body experience in pregnancy as mirrored by the body grid: Differences between pregnant women with a normal course pregnancy and women with premature labour and overterm pregnancy. In: Klapp BF, Jordan J, Walter OB, editors. *Role Repertory Grid and Body Grid - Construct Psychological Approaches in Psychosomatic*

- Research. Frankfurt: VAS - Verlag für Akademische Schriften; 2004.p.193-204
25. Weber C, Bronner E, Thier P, Schoeneich F, Walter O, Klapp BF, et al. Body experience and mental representation of body image in patients with haematological malignancies and cancer as assessed with the Body Grid. *B Med Psychol.* 2001;74(4):507-21. Doi:10.1348/000711201161154
26. Weber CS, Fliege H, Arck PC, Kreuzer KA, Rose M, Klapp BF. Patients with haematological malignancies show a restricted body image focusing on function and emotion. *Eur J Cancer Care.* 2005;14:155-65. Doi: 10.1111/j.1365-2354.2005.00533.x
27. Weber CS, Thier P, Walter OB, Klapp BF. Characteristics of the body image of patients with haematological malignancies and cancer illustrated by a case study. In: Klapp BF, Jordan J, Walter OB, editors. *Role Repertory Grid and Body Grid - Construct Psychological Approaches in Psychosomatic Research.* Frankfurt: VAS - Verlag Akademische Schriften 2004.p.217-236
28. Borkenhagen A, Klapp BF, Brähler E, Schoeneich F. Differences in the psychic representation of the body in bulimic and anorexic patients: A study with the body grid *Constr Psychol.* 2008;21(1):60-81.
29. Turpin M, Dallos R, Owen R, Thomas M. The meaning and impact of head and neck cancer: An interpretative phenomenological and repertory grid analysis *Constr Psychol.* 2009;22(1):24-54. Doi:10.1080/10720530802500789
30. Lane LG, Viney LL. The effects of personal construct group therapy on breast cancer survivors. *J Consult Clin Psychol.* 2005;73(2):284-92. Doi:10.1037/0022-006X.73.2.284
31. Lane LG, Viney LL. Role relationships and the restoration of coherence in the stories of women diagnosed with breast cancer. In: Caputi P, Foster H, Viney LL, editors. *Personal construct psychology: New ideas.* Hoboken, NJ US: John Wiley & Sons Inc; 2006. p. 205-13.
32. Lane LG, Viney LL. When the unreal becomes real: An evaluation of personal construct group psychotherapy with survivors of breast cancer. In: Caputi P, Foster H, Viney LL, editors. *Personal construct psychology: New ideas.* Hoboken, NJ US: John Wiley & Sons Inc; 2006. p. 241-51.
33. Feixas G, Cornejo JM, Laso E. RECORD 5.0: Análisis de Correspondencias. (En línea). 2012.[octubre de 2013].; Available from Disponible en: <http://tecnicaderejilla.net>.
34. IBM SPSS. Statistical Package for Social Sciences version 19.0. Chicago 2010.
35. Mock V. Body image in women treated with breast cancer. *Nurs Res.* 1993;42:153-7.
36. Yurek D, Farrar W, Andersen BL. Breast cancer surgery: Comparing surgical groups and determining individual differences in postoperative sexuality and body change stress. *J Consult Clin Psychol* 2000;68:697-709. Doi: 10.1037/0022-006X.68.4.697
37. Schover LR, Yetman RJ, Tuason L, J., Meisler E, Esselstyn CB, Hermann RE, et al. Partial mastectomy and breast reconstruction. A comparison of their effects on psychosocial adjustment, body, and sexuality. *Cancer* 1995;75:54-64.
38. Parker PA, Youssef A, Walker S, Basen. Engquist K, Cohen L, Gritz ER, et al. Short term and long term psychosocial adjustment and quality of life in women undergoing different surgical procedures for breast cancer. *Ann Surg Oncol* 2007;14:3078-89. Doi: 10.1245/s10434-007-9413-9
39. Moyer A. Psychosocial outcomes of breast-conserving surgery versus mastectomy: A meta-analytic review. *Health Psychol* 1997;16:284-98. Doi: 10.1037/0278-6133.16.3.284
40. Rosenblatt L. Being a monster: Women's narrative of body and self after treatment for breast cancer. *Med Humanit* 20;32:53-6. Doi:10.1136/jmh.2004.000212



The Body Grid as an Assessment Tool For Body Image

Journal:	<i>Journal of Constructivist Psychology</i>
Manuscript ID	UPCY-2016-0045.R2
Manuscript Type:	Article
Keywords:	body grid, assessment, self-esteem, body image

SCHOLARONE™
Manuscripts

Review Only

The Body Grid as an Assessment Tool for Body Image

Marta Segura-Valverde¹, Luis A. Saúl², Enrique Baca-García^{1,3}

¹ Department of Psychiatry, University Hospital Jiménez Díaz Foundation, IIS-Jiménez Díaz Foundation, Madrid

² National Distance Education University (UNED)

³ Department of Psychiatry, University Hospital Rey Juan Carlos, Móstoles, Madrid, Spain; CIBERSAM, Madrid, Spain; Autonoma Univesity of Madrid, Madrid, Spain; Psychiatry Department, Columbia University, Nueva York, USA; Department of Psychiatry, University Hospital Infanta Elena, Valdemoro, Madrid, Spain

Correspondence should be addressed to Marta Segura Valverde,

Email address: msegurav@hgvillalba.es // Alternative email: martasv82@gmail.com

Abstract

Objective: The aim of this study was to analyze the Body Grid (BG) as an assessment tool for body image in a sample of patients with breast cancer, after surgery. We explored two measures of cognitive structure, Percentage of Variance Accounted for by the First Factor (PVAFF) and Polarization, and we compared measures of body image and body self-esteem obtained by means of the BG with those obtained via a validated body image questionnaire.

Method: Our sample was comprised of 23 patients (12 subjected to radical mastectomy, 11 subjected to conserving surgery) and 24 healthy controls. Participants were administered the BG and the Multidimensional Body Self Relations Questionnaire (MBSRQ). We analyzed the similarities between instruments using correlations and non-parametric tests. We have also provided two case studies to exemplify the use of the BG. Results: We found statistical differences in cognitive structure between patients and healthy controls. There were no differences between women subjected to mastectomy and women with breast conserving surgery in the level of PVAFF, but there were significant differences between them in the level of Polarization. We found significant correlations between body image indices of both instruments, especially Self-evaluated Attractiveness (MBSRQ) and Distance between Real and Ideal Body (BG). We found similar distributions of these indices in all the samples.

Conclusions: The BG provides useful information about body image. The results show that both instruments assess similar constructs. This suggests that the BG is a valid instrument for body image assessment.

Key words: body grid, assessment, self-esteem, body image

The Body Grid as an Assessment Tool for Body Image

Body image (BI) is defined as the perception an individual possesses of the global body and each of its parts, its movement and limits, and the subjective experience of attitudes, thoughts, feelings, and valuation, as well as the behavior resulting from those cognitions and emotions (Raich, 2000). It is about how an individual thinks, feels, perceives, and behaves with respect to his or her body. BI includes perceptual elements, referring to particular aspects of the body, with information about size and shape; cognitive elements, including thoughts and beliefs about the body; and emotional elements, which are related to feelings and the level of satisfaction with one's own body and corporal experiences (Pruzinsky & Cash, 1990). It also includes behavioral elements, such as exhibition or concealment of one's body.

BI is part of the self-concept, the totality of perceptions that a person has of him/herself, including judgments on behaviors, abilities, or appearance, in social, work/academic, familial, body, and global areas. Self-esteem consists of the evaluation of self-concept, the difference between self-concept and the ideal self-image. Self-esteem implies the positive/negative valuation that a person possesses about him/herself, the feelings about his/her characteristics and the affective valuation of them (Mora & Raich, 2010).

Breast cancer is the second most frequent type of cancer in the world, with lung cancer being the most frequent. In Europe, there are 370,000 diagnoses every year (27.4% of all tumors) (AECC, 2012). In Spain, over 22,000 new cases are diagnosed on an annual basis (approximately 30% of tumors). The most frequent age at diagnosis is between 45 and 65 years old (AECC, 2012).

Research on BI in breast cancer patients is of major importance due to its epidemiological relevance and psychosocial consequences for women (Sebastián, Manos, Bueno, & Mateos, 2007). Both the disease and its treatment have a negative impact on

BODY GRID TO ASSESS BODY IMAGE

4

quality of life and the emotional well-being of patients. Breast cancer patients experience their BI as a source of distress provoked by the asymmetry they perceive, and this leads to difficulties in looking at themselves in the mirror, wearing some clothes, or having sexual relations (Achte, Lindfors, Salokari, Vauhkonen, & Lehvonen, 1987). Specifically, mastectomy has been described as an experience of “body deconstruction,” accompanied by feelings of mutilation and alienation (Piot-Ziegler, Sasi, Raffoul, & Delaloye, 2010). Women subjected to surgery experience significant effects on their BI (Trill & Goyanes, 2003).

From a constructivist perspective, health psychology provides a rich research field, with many studies being conducted concerning how patients construe health and illness, and how body experiences may affect these constructions. Recently Cipolleta, Consolaro, and Horvath (2014) found four main trajectories of patients’ constructions of illness: opportunity, denial, preoccupation, and ambivalence. These constructions are linked to the experiences and perception of health and illness, the somatic awareness of the person, and their self. Patients need to cope with the oncological process, and the way they do it depends on how they construe the illness and themselves, including their BI. Regarding BI and cancer, specifically breast cancer, there is an increasing interest in the way that BI changes and needs to be re-construed in relation to the disease, its treatments, and the physical changes associated with them (Lane & Viney, 2005; Rosenblatt, 2006; Segura-Valverde, García-Nieto & Saúl, 2014; Viney, 1989).

Personal Construct Theory (PCT), first posited by George Kelly (1955, 1966), states that people build their own reality, within their context, and are influenced by interpersonal and sociocultural exchanges. Their systems of constructs, or bipolar dimensions of meaning, are constantly evolving due to changes in the environment. To explore the structure and content of people’s meaning systems, Kelly developed the Repertory Grid Technique (RGT) (Fransella, Bell, & Bannister, 2004). The RGT is widely used in health psychology research,

BODY GRID TO ASSESS BODY IMAGE

in different areas such as eating disorders, hematological diseases, cancer, rhinoplasty, and menopausal symptoms (Saúl et al., 2012; Turpin, Dallos, Owen, & Thomas, 2009).

There are several instruments to assess BI in cancer patients. Most of them have been specifically conceived for addressing a particular topic of investigation (Annunziata, Giovannini, & Muzzatti, 2012), so they fit with the researcher’s personal theory of what BI is. These questionnaires define BI with the same components for everybody, all of them settled a priori from the researcher’s framework, but they do not take into account which aspects are meaningful in the construction of the BI from the patient’s particular personal world view. However, the Body Grid (BG), the body version of the RGT, is useful for studying BI in patients because it provides structure and allows for assessment of the acceptance of the body and the integration of its parts from the perspective of the patient’s personal construct system. Fransella and Crisp (1979) measured changes in concepts about weight and the individual’s personal world, comparing anorexic, neurotic and normal females. They used a form of repertory grid, which included images of the subject at different weights (present weight, fatter, thinner, ideal weight) among the elements. Feldman (1975) first used the BG to explore BI and object relations in a sample of anorexic patients. He used several body parts and the whole “person,” related to the subjects themselves and to their mother, father, partner and ideal self, as elements. He found the BG to be a useful tool to determine properties of the body representation of self and significant others, analyzing the principal components of the BG and the distances between elements. Borkenhagen, Klapp, Brähler, and Schnoeneich (2008) developed a specific BG to explore and compare the dissatisfaction with the body in anorexic and bulimic patients, and the level of integration and dissociation of single body parts with respect to the real and ideal body.

With respect to cancer patients, Weber’s research group (Weber et al., 2001; Weber et al., 2005; Weber, Thier, Walter, & Klapp, 2004) used the BG in hematological and

BODY GRID TO ASSESS BODY IMAGE

6

metastasized cancer patients, in an attempt to explore the specific contents with which the patients construe their BI. They found a restricted and often unidimensional BI in these patients, and they suggested that this restriction might act as a coping mechanism to help the individual in dealing with the disease and treatment.

Despite the increasing interest in the BG, this technique is barely used in Spain, where this research takes place. The authors have not found any studies using the BG version of the grid in this country. The aim of this research is to use the BG as a tool to gain a better comprehension of the BI structure, specifically comparing breast cancer patients who have undergone surgery with a healthy control sample. To reach this objective, we explored the use of structural indices of the BG in both samples and presented a comparison between classic self-esteem indices of the BG and a well-validated BI questionnaire. As far we are aware, this is the first attempt to compare the results from BG to other instruments to assess BI. Also we showed the usefulness of this information in a clinical context using two case studies.

Method

Sample

The sample was comprised of 47 women, in two groups. The first group included 23 patients, between the ages of 30 and 70 years, suffering from breast cancer, and subjected to surgery between 2010 and 2012. All patients were diagnosed with in situ carcinoma (stage 0), localized carcinoma (stage I), or regional carcinoma (spread to nearby tissues or lymphatic nodes, stages II or III depending on the size of the tumor and its extension). The second group was a control group of 24 healthy women, equivalent in age and education level. The patient group was divided into patients subjected to mastectomy (12 patients) and patients subjected to breast conserving surgery (11 patients). The patients were treated in the psycho-oncology program of a hospital on the outskirts of Madrid. In addition to surgery, patients could be receiving other pre- or post-surgery treatment (radiation, chemotherapy, hormone

therapy). Two patients with oncological disease in stage IV (metastatic cancer) were excluded, as well as women with a clinical diagnosis of major psychopathology.

Convenience sampling was used. All participants signed an informed consent, approved by the Ethics Committee of the hospital, which stated the voluntary and the unpaid participation of the patients, as well as their right to revoke the consent they had given.

Instruments

Body grid technique

The BG technique consists of a data matrix made up of rows, where the elicited constructs are placed, and columns, to place the elements. A specific grid was developed to assess BI and its disturbances, based on previous work by Borkenhagen et al. (2008), Borkenhagen, Klapp, Schoeneich, and Brähler (2005), and Weber et al. (2001). An example of this technique is provided in Figure 1.

[Insert Figure 1 about here]

Eleven body parts were selected as elements – *Breast, Armpit, Arm, Skin, Neck, Belly, Hips, Genitals, Legs, Head, Face* – in addition to the elements “*Real Body*,” “*Body 5 years before surgery*” for patients only, “*Body 5 years ago*” for controls only, and “*Ideal Body*.” To elicit constructs, a dyadic method was used, which consisted of presenting pairs of elements to compare. Eleven pairs of elements were presented; one of them was always “*Real Body*”. There were some cases, due to difficulties of participants to think in body terms, where a monadic method was used instead, consisting of asking about one characteristic that described only one element. The characteristic that appeared by answering the questions was the emergent pole of the construct. Participants were then asked to name the characteristic they considered the opposite, or the contrast pole, to complete each of the bipolar constructs. When presenting the elements, each participant generated at least one construct. The

BODY GRID TO ASSESS BODY IMAGE

8

elicitation phase finished when the participant was unable to generate new constructs. The minimum number of constructs elicited was 11, and the maximum was 15.

Once the constructs were elicited, the participants completed the grid by rating all of the elements on all of the constructs using a seven-point scale where 1 (very), 2 (quite), and 3 (a little) referred to the emergent pole, 4 was the midpoint, and 5 (a little), 6 (quite), and 7 (very) referred to the contrast pole.

Multidimensional body self-relations questionnaire (MBSRQ)

The Spanish version of the MBSRQ (Botella, Ribas Rabert, & Benito Ruiz, 2009; Brown, Cash, & Mikulka, 1990) is a 45-item self-administered questionnaire which assesses attitudes concerning BI in emotional, cognitive, and behavioral aspects.

The Spanish version has four factors, instead of the seven factors of the original questionnaire: one general factor and three specific ones. Specific factors are 1) behavior focused on preserving physical condition (BFPP, range of 1 to 5): high scores on this factor indicate that the person spends a large amount of time and effort to improve and maintain her physical condition. Low scores mean a lack of these behaviors; 2) self-evaluated attractiveness (SEA, range of 1 to 5): high scores on SEA indicate that the person feels attractive and desirable, while low scores mean the person feels unattractive and undesirable; and 3) care about physical appearance (CPA, range of 1 to 5): High scores on this factor indicate frequent behaviors focused on caring about external aspects of physical appearance (e.g., hairstyle, clothing, weight). Low scores mean indifference to these aspects. The general factor, subjective importance of corporality (SIC, range of 1 to 5), combines the other three factors. High scores on ISC mean that the person gives importance to health, appearance and physical condition, while low scores indicate that these aspects are not important for the person. The questionnaire has acceptable psychometric properties, with a reliability (internal consistency) of .884. Cronbach's alpha coefficient is .94 for BFPP, .709 for CPA, and .842

for SEA (Botella et al., 2009). The questionnaire also shows acceptable criteria for predictive validity.

Procedure

Patients who satisfied inclusion criteria were contacted via telephone and we made an appointment with them to explain the research. The control group was selected from the primary care service in the same geographical area: when they had a medical visit, a Resident Psychological Intern (working in the service at that moment) asked them in person to participate in the research. If they were interested then they were contacted via telephone and followed the same protocol as the patient group. The application of the test protocol was in groups, each one having four to eight participants, and patients were tested separately from controls.

Design

A retrospective ex post facto design was used, with only one measurement point.

The measures of cognitive structure selected were the Percentage of Variance Accounted for the First Factor (PVAFF) and the Polarization index. The PVAFF is a well-established measure of differentiation, an index of cognitive complexity as the number of different dimensions of the cognitive system (Feixas, Bach, & Laso, 2004; Kovářová & Filip, 2015), and the percentage of variance accounted for by the first factor (derived from principal component analysis) has been used in analyzing BG in previous works (Borkenhagen et al., 2008; Weber et al., 2001; Weber et al., 2005). Weber’s group found that hematological and metastasized patients showed a restricted and unidimensional body image (PVAFF over 60%), and explained this result as a mechanism to cope with the threat caused by the oncological process. Similarly, in the present research, the PVAFF is expected to be higher in the patients than in the control group. In the case of the RECORD 5.0 program, the PVAFF is derived by correspondence analysis (CA), a multidimensional factor analysis technique.

BODY GRID TO ASSESS BODY IMAGE

10

The aim of CA is to extract the maximum variance from the data, reducing them to a few dimensions by using distances as a measure of similarity, and the simultaneous computation of constructs and elements (Feixas & Cornejo, 1996, 2002). The PVAFF allows identification of the magnitude of the principal dimension of meaning in the person's construct system. High scores on PVAFF (over 47%) suggest unidimensionality of the system, whereas low scores indicate greater differentiation (Feixas et al., 2004). However, for the purpose of this research, 60% was taken as the cut-off point, following Weber's previous work (Weber et al., 2001).

The Polarization index is a measure of the extremity of ratings. It is calculated as the percentage of extreme scores (1 or 7). The theoretical probability of extreme scores for a 7-point Likert scale is 28.57% (Feixas, Montebruno, Dada, Del Castillo, & Compañ, 2010). The use of extreme ratings suggests the meaningfulness of the construct or element employed. It has been found to be a valid measure of the importance to the individual of the construct or the elements rated (Fransella et al., 2004). Previous research has proven that individuals with a history of trauma show more extreme ratings (Harter, Erbes, & Hart, 2004; Sewell et al., 1996). If cancer is considered a traumatic event, then it might be expected that the constructions of cancer patients will be more polarized, including the aspects related to BI. In addition, taken as a global index (total proportion of extreme scores), a high level of polarization, above the theoretical probability, has been linked to cognitive rigidity (Feixas & Cornejo, 2002).

The variables used to compare the two instruments were the four indices of the MBSRQ, and two self-esteem indices provided by the BG: 1) Correlation between Real Body and Ideal Body (C.R-I) and 2) Distance between Real Body and Ideal Body (D.R-I). The C.R-I is a product-moment coefficient between both elements. A common problem when using inter-element correlations is that the resulting value depends on the rating direction of

the constructs (Mackay, 1992). To avoid this problem the RECORD program automatically aligns all the constructs, placing all positive poles, as defined by ratings of the ideal body, to one side of the grid. This makes the inter-element correlations comparable (Fransella et al., 2004, p.93; Mackay, 1992). Its values vary between -1 and +1. Strong positive correlations indicate good self-esteem, because it means that both elements are perceived as similar. If the correlation is negative or weak, this represents low self-esteem. D.R-I is a continuous variable calculated by the RECORD 5.0 program (Feixas, Cornejo, & Laso, 2012). The RECORD 5.0 program automatically calculates the standardized Euclidian distances with the following equation: $D = [\sqrt{\sum_0^C (Y - I)^2} / (6\sqrt{C})]$, where Y is the score on the element present self (in this research real body), I is the score on the element ideal self (ideal body), C is the number of constructs in the grid, and 6 is the maximum distance possible between real and ideal body on a 7 point Likert scale. The problem with Euclidian distances is that their maximum value depends on the number of constructs, which does not allow for the comparison of different grids. Dividing the result by the maximum value gives a standardized distance, which varies between 0 and 1 (adapted from Trujillo, 2016). The D.R-I represents the difference between the image that a person has of his/her body and his/her desired image. The larger the distance is, the more difference there will be between both images. As these variables have an inverse correlation, similar associations with the MBSRQ (although inverse) might possibly contribute to validate the use of the BG as a tool to assess BI. As the BG is specially designed to assess body parts, the measures of self-esteem are specifically related to its body aspects.

The independent variable was the type of surgery that the patients were subjected to. This was a nominal variable, with three different levels: no surgery, breast conserving surgery, and mastectomy.

Data analysis

BODY GRID TO ASSESS BODY IMAGE

12

Firstly, data were analyzed with the program RECORD 5.0 for the RGT. Secondly, statistical analyses were conducted using SPSS for Windows, version 19 (IBM, 2010). A chi-squared test for contingency tables was used for descriptive analysis. The socio-demographic variables were: marital status, children yes/no, number of children, education level, economic level, and employment situation. Three variables related to the surgery were also considered: grade of the tumor, year of the surgery, and adjuvant treatment.

Correlation tests were used to observe the level of association between the variables. Afterwards, one-way ANOVA and Bonferroni post-hoc analysis were conducted to analyze the differences in the distribution of the BG variables among the groups (Authors, 2014). Non-parametric tests (Kruskal-Wallis H and Mann Whitney U for independent samples) were conducted to analyze PVAFF and Polarization, as well as the variables provided by the MBSRQ, because they did not fit the basic assumptions of the ANOVA model.

Results

Differentiation and Polarization of the personal construct systems

The main descriptive results of PVAFF and Polarization for the three samples are summarized in Table 1.

[Insert table 1 about here]

Assuming 60% as the cut-off point for PVAFF (Weber et al., 2001), the most remarkable results are the following: in the control group, we found only one score that indicates unidimensionality in the person's construing of her BI (4.2% of the sample). In the breast conserving surgery group, 27.3% of the scores were above the cut-off point, whereas in the mastectomy group, 41.6% of the sample was above 60% and an additional 33% reached a PVAFF of 58%. This means that approximately 75% of the patients who had undergone mastectomy showed a restricted and unidimensional construing system.

Non-parametric tests were conducted to analyze differences between samples. Statistically significant differences were found in PVAFF ($H = 18.791; p < .001; \eta^2 = .336$). The healthy group showed lower PVAFF than the breast conserving surgery group ($U = 49.00; Z = -2.061; p = .002; r = .349$) and the mastectomy group ($U = 31.00; Z = -3.088; p < .001; r = .514$). There were no significant differences between both groups of patients, however ($U = 38.00; Z = -1.847; p = .091$).

For the variable Polarization, there were also statistically significant differences between the sample groups ($H = 13.9; p < .001; \eta^2 = .222$). In this case, the mastectomy group showed significant higher polarization compared to both the healthy group ($U = 38.00; Z = -3.558; p < .001; r = .593$) and the breast conserving surgery group ($U = 19.50; Z = -2.863; p = .004; r = .597$). No statistical differences were found between the healthy group and the breast conserving surgery group ($U = 125.00; Z = -.249; p = .804$).

Comparison with a well-validated instrument

To begin, correlations between the self-esteem scores of both instruments were analyzed. To simplify the comparison, and maintain the samples in as similar forms as possible, all patients were taken as one sample, given that there were no significant differences on this measure between mastectomy and breast conserving surgery patients. Correlations for the total sample, the patients, and the control group are presented in Table 2.

[Insert table 2 about here]

Significant correlations (moderate-strong) were found between D.R-I and SEA in all the samples, and between D.R-I and SIC in the total sample and the patients group (Table 2). Regarding the index C.R-I, significant correlations were found with SEA in the total and the control group, but not in the patients group. There were no significant correlations between C.R-I and SIC in any of the samples. There were also no correlations between the BG indices

BODY GRID TO ASSESS BODY IMAGE

14

and CPA and BFPP, apart from a correlation between D.R-I and BFPP in the patients group.

The distribution of the variables from the MBSRQ was then analyzed (Table 3).

[Insert table 3 about here]

Statistically significant differences in the distribution of SIC and SEA were found between the mastectomy and the control group (Table 3). The mastectomy group scored higher on SIC, showing more worries about health, appearance and physical condition, and lower on SEA, feeling less attractive and desirable than the control group. In addition, SEA showed significant differences in its distribution between controls and breast conserving surgery patients, the latter group showed lower scores (feelings of unattractiveness). Neither of the two indices showed differences between patients subjected to mastectomy and patients subjected to breast conserving surgery. Results concerning CPA and BFPP were not significant.

These results were compared with the results concerning body self-esteem previously obtained using the BG in the same sample (Segura-Valverde, García-Nieto & Saúl, 2014). The authors analyzed the distribution of the indices C.R-I and D.R-I in the three groups, following an ANOVA model. For the variable C.R-I, the authors found significant differences ($F(2,44) = 9.210; p < .01; \eta_p^2 = .295$). Bonferroni post hoc tests indicated that the healthy control group showed higher C.R-I compared to both the mastectomy group (mean difference = .551; $SE = .147; p = .02$) and the breast conserving surgery group (mean difference = .480; $SE = .151; p = .008$), but there were no significant differences between the two surgery groups (mean difference = .071; $SE = .173; p = 1.00$). Similarly, for the variable D.R-I, there were also differences ($F(2,44) = 23.230; p < .001; \eta_p^2 = .524$), which were also between the healthy group and both the mastectomy (mean difference = .342; $SE = .508; p < .001$) and the breast conserving surgery groups (mean difference = .200; $SE = .522; p = .001$). In this case, the healthy group showed lower D.R-I than the other groups. There were no significant

differences between the two surgery groups (mean difference = .141; $SE = .059$; $p = .06$) in this case either.

Case studies

To illustrate the usefulness of the BG in a clinical context, we will take the results from two patients. Patient 1 was a 56-year-old woman, divorced, with three grown up children and intermediate level of education, diagnosed with intraductal carcinoma and subjected to unilateral mastectomy as the only treatment for her breast cancer at the time of assessment. Patient 2 was 55 years old, also divorced, with two grown up children and intermediate level of education. She was diagnosed with an infiltrating ductal carcinoma and was subjected to unilateral lumpectomy and lymphadenectomy. After this, she underwent radiation and chemotherapy.

Both patients showed similar scores on the MBSRQ (Patient 1: SIC = 3.20, BFPP = 2.86, SEA = 2.67, CPA = 3.6; Patient 2: SIC = 2.90, BFPP = 2.86, SEA = 2.67, CPA = 3.4), below the average scores of the normal population. This means that they showed fewer behaviors focused on preserving their physical condition and appearance than the normal population and they felt less attractive and desirable than what would be expected in a healthy woman. When we looked at the results of the grids, however, some relevant differences arose. The main results for both patients concerning body self-esteem and the cognitive structure indices PVAFF and Polarization obtained with the BG are presented in Figure 2.

[Insert table 4 about here]

Although both women showed a low level of self-esteem focused on body aspects, Patient 2 had a more negative view of herself, as shown by C.R-I and D.R-I. What is more, the two self-esteem indices were slightly more negative in the case of the breast conserving surgery patient, contrary to what may have initially been expected. Regarding the PVAFF,

BODY GRID TO ASSESS BODY IMAGE

16

both patients are close to or above the cut-off point (60%), which means that their cognitive systems are undifferentiated and restricted. There is 10% difference in PVAFF between the patients, which may not be a big difference a priori. Patient 2 showed a higher PVAFF with respect to the average of her group (53.59; breast conserving surgery group), while Patient 1, scored lower than the average of the mastectomy group (63.26). This difference should be taken into consideration in the therapeutic process of each patient.

There was a major difference between the two patients in relation to which elements contributed most to the determination of the first factor: for Patient 1, the real body appeared to be a referent in the way she construed her meanings, whereas in the case of Patient 2, the reference was not what she looked like at the time, but rather how she would have liked to look (ideal body). Patient 2 included the image of her arm and armpit in this factor, in addition to the breast. We can also appreciate some differences with respect to the constructs with which the patients gave sense to their body experience. In the case of Patient 1, body experience was highly explained in terms of sickness, mutilation, and the construct 'masculine – feminine'. In the case of Patient 2, although there were potential similarities in constructs related to the death of body parts or the absence of sensitivity, the main sense also referred to evaluative aspects ('indifferent – disturbing,' 'pleasant – disgusting').

Regarding the other structural measure, Patient 1 showed greater polarization of the system in general, which meant a tendency to some rigid thinking, maybe because the experience of trauma had not already been integrated in the construct system of the patient, and it was quite prominent at the time of the assessment. This appears clearer when considering the particular polarized elements and constructs, all of which are directly related to the experience of the disease ('mutilated – whole,' 'sick – healthy,' 'masculine – feminine'; Ideal Body, Genitals, and Breast), indicating their meaningfulness to the patient.

BODY GRID TO ASSESS BODY IMAGE

Patient 2, however, did not have notable polarization as a global index or in regard to particular constructs, but the construction of the Ideal Body was extremely polarized.

Thus, even though the two patients may have initially seemed similar, when the results of the BG were analyzed in detail, some large differences appeared in the way they construed their BI and, although the body self-esteem of both patients was low and negative, this was likely for different reasons.

Discussion

Even though there is no tradition of use of the BG in Spain, in Germany its use is progressively increasing. Studies of eating disorders and in vitro fertilization patients (Borkenhagen, 2004), pregnant women (Sokolski, Walter, Klapp, & Klapp, 2004), obesity (Weber, Thier, Walter, & Klapp, 2004) and, of course, cancer (Weber et al., 2001; Weber et al., 2005) have proven its usefulness as an assessment tool for body experience.

Our results reveal that there are no large differences between women who have undergone mastectomy and those subjected to breast conserving surgery in global BI, body self-esteem and differentiation of their construct systems. These results may be surprising at first. In a review of the latest studies on the psychological effects of mastectomy, Sánchez (2015, p. 68) suggested that mastectomies “have lost part of the traumatic nature that they once possessed,” and that the change of mentality due to the public image of famous mastectomized women may be softening the impact of the surgery on emotional reactions. This change in the perception of mastectomy may partially explain the similarity between both types of surgery patients. On the other hand, the absence of statistical differences in differentiation and body self-esteem indices could be related to the fact that, although women subjected to breast conserving surgery do not lose their breast(s), surgery may still affect the way that patients perceive their body, both its appearance and its functioning, their femininity, the implications for maternity, etc. In other words, the BI disruption may be caused by factors

BODY GRID TO ASSESS BODY IMAGE

18

other than the somatic experience of lacking the breast. These factors are likely present in nearly all the patients, as even the idea of a “scarred breast” and its implications can be quite frightening itself, without the possibility of a complete mutilation to affect the BI. This idea agrees with a statement by Cipolleta et al. (2014) that somatic information, referring to somatic awareness or to wider somatic events, is not a relevant phenomenon itself, but acquires its relevance only when the person gives it some interpretation, always based on the context in which the person is currently living. This explanation is supported by the finding that both groups of patients showed poorer self-esteem, and greater polarization and unidimensionality, than did healthy control women. Despite these similarities, there is still a major difference in polarization between the patients. The mastectomy group showed, in general, higher levels of polarization than the breast conserving group, which might possibly indicate a different experience of trauma in these patients, and maybe a greater sense of threat and crisis.

The results reveal some interesting similarities between the BG and the other well-validated assessment instrument. The correlations between the BG indices and the SEA index are particularly relevant. Given that self-esteem is the valuation the person makes of his/her self-concept, it is not surprising that the BG indices, which traditionally assess this construct, are closely related to the index that is oriented to the self-valuation of attractiveness. It therefore appears that the BG is a useful tool in the assessment of the construction of BI and its affective valuation, especially the index D.R-I. We have no explanation as to why the C.R-I showed correlations in the total and control sample and not in the patient sample. Trujillo (2016) suggests that indices based on correlations may not be the most appropriate in measuring discrepancy because they depend on the rating direction of the constructs, and she therefore recommends the use of distances between elements. Nevertheless, as Mackay (1992) points out, there are methods, like the alignment of the constructs, to solve these

BODY GRID TO ASSESS BODY IMAGE

problems. Feixas and Cornejo (2002) note that product-moment correlations may have problems related to: a) linear correlations detecting similarities between elements but not their proximity, and b) the same product-moment correlation concealing very distinct data distribution (e.g. results being very influenced by outliers). Mackay also notes that the correlation is a measure of association, meaning that two variables (elements) vary together, but the fact that two elements are associated does not necessarily mean that they are similar (Cronbach & Gleser, 1953; Mackay, 1992). In our case, it would be interesting to investigate if the correlation (association) between real and ideal body means the same as the distance between them. It seems clear that further research is required concerning this particular index. There were no correlations between the BG and the indices CPA and BFPP, perhaps indicating that they are measuring different things: CPA and BFPP are specifically concerned with concrete behaviors focused on caring about the body, while SEA and the BG indices may refer to global self-perception and its valuation and associated emotions.

Nonetheless, it is also clear that the BG is a powerful tool with which to assess BI. It gives the opportunity to investigate the content and structure of BI in more detail, more so than do other questionnaires, understanding that the impact of the disease and its treatment on BI will depend on the idiosyncratic construction that the patient makes based on BI and the disease itself.

This is useful in the design of psychological treatments for patients. For example, in the case of Patient 1, who showed high scores in Polarization, one of the therapeutic foci could be the loosening of her system, and understanding the principal constructs and related constructs, on which she bases her BI, in order to facilitate the elaboration of her experience of trauma and its integration with the rest of her construct system. With Patient 2, however, whose Polarization was within the expected range, but had a high PVAFF, one therapeutic focus could be the differentiation of her cognitive structure, in order to facilitate a

BODY GRID TO ASSESS BODY IMAGE

20

multidimensional system of constructs that would allow her to understand her experiences from different points of view. These suggestions are based only on two or three of the possible measures of the BG, and without considering a content analysis of the BG, because of space restrictions in this paper. We are only beginning to investigate the BG and its possibilities, and further research will help to broaden its use with other groups of patients and diseases, and to refine its measures and utility. One line of research could be to investigate if these findings of unidimensionality and high polarization in patients' construing could be related to the trajectories of experience of health and illness that Cipolleta et al. (2014) previously identified. For example, Cipolleta et al. associated the tendency to deny an experience of illness with the need to constrict in cancer patients, in order to maintain the core roles of strength and independence that they possessed before the disease. Another line of research could include qualitative analysis of the constructs in order to understand the construction of BI in more detail.

These results should be treated cautiously because of methodological limitations, which included a nonprobability sampling, the small number of participants in each group, the bias due to the fact that all patients belonged to a psycho-oncology program and, of course, the group application of the BG. Despite the limitations, our results suggest that the BG facilitates understanding of individuals' adaptations to the disease, its treatment, and potential resulting psychological disorders. Additionally, our results aid in elucidating the way in which each patient provides meaning to her disease and its associated symptoms, and how this meaning affects her BI.

References

Achte, K., Lindfors, O., Salokari, M., Vauhkonen, M. L., & Lehvonen, R. (1987). Psychological adaptation in the first postmastectomy year. *Psychiatria Fennica*, 18, 103-112.

AECC. (2012). Guía de preguntas frecuentes para pacientes con cáncer de mama. [A guide to frequent questions for patients with breast cancer] Retrieved 18 - 07 - 2012, 2012, from <https://www.aecc.es/SobreElCancer/CancerPorLocalizacion/CancerMama/Paginas/cancerdemama.aspx>

Annunziata, M. A., Giovannini, L., & Muzzatti, B. (2012). Assessing the body image: relevance, application and instruments for oncological settings. *Support Care Cancer*, 20, 901-907. doi: 10.1007/s00520-011-1339-x

Borkenhagen, A. (2004). The body grid as a gender-sensitive instrument for eliciting body experience, exemplified with reference to in-vitro-fertilization patients. In B. F. Klapp, J. Jordan & O. B. Walter (Eds.), *Role repertory grid and Body grid - Construct psychological approaches in psychosomatic research*. Frankfurt: VAS - Verlag für Akademische Schriften.

Borkenhagen, A., Klapp, B. F., Brähler, E., & Schnoeneich, F. (2008). Differences in the psychic representation of the body in bulimic and anorectic patients: a study with the body grid. *Journal of Constructivist Psychology*, 21, 60-81.

Borkenhagen, A., Klapp, B. F., Schoeneich, F., & Brähler, E. (2005). Differences in body image between anorexics and in-vitro-fertilization patients: A study with Body Grid. *GMS Psycho-Social-Medicine*, 2, 1-11.

Botella, L., Ribas Rabert, E., & Benito Ruiz, J. (2009). Evaluación psicométrica de la imagen corporal: Validación de la versión española del Multidimensional Body Self Relations Questionnaire (MBSRQ) [Psychometric evaluation of body image: Validation of the

BODY GRID TO ASSESS BODY IMAGE

22

- Spanish version of the Multidimensional Body Self Relations Questionnaire (MBSRQ)].
Revista Argentina de Psicología Clínica, XVIII(3), 253-264.
- Brown, T. A., Cash, T. F., & Mikulka, P. J. (1990). Attitudinal body image assessment: Factor analysis of the Body-Self Relations Questionnaire. *Journal of Personality Assessment*, 55, 135-144.
- Cipolleta, S., Consolaro, F., & Horvath, P. (2014). When health is an attitudinal matter: a qualitative research. *Journal of Humanistic Psychology*, 54(4), 391-413. doi: 10.1177/0022167813507630
- Cronbach, L. J. & Gleser, G. (1953). Assessing similarity between profiles. *Psychological Bulletin*, 6, 456-473. <http://psycnet.apa.org/doi/10.1037/h0057173>
- Trill, M. D., & Goyanes, A. D. (2003). El cáncer de mama [Breast cancer]. In M. D. Trill (Ed.), *Psico-Oncología* (pp. 165-184). Madrid: ADES.
- Feixas, G., Bach, L., & Laso, E. (2004). Factors affecting interpersonal construct differentiation when measured using the repertory grid. *Journal of Constructivist Psychology*, 17(4), 297-311.
- Feixas, G., & Cornejo, J. M. (1996). *Manual de la técnica de la rejilla mediante el programa Record V.2.0. [A manual for the repertory grid using the RECORD programme V.2.0]*. Barcelona: Paidós Evaluación Psicológica.
- Feixas, G., & Cornejo, J. M. (2002). A manual for the repertory grid using the GRIDCOR programme (Version 4.0). Retrieved 28-12-2016, from <http://www.terapiacognitiva.net/record/pag/index.htm>
- Feixas, G., Cornejo, J. M., & Laso, E. (2012). RECORD 5.0: Análisis de Correspondencias de Constructos Personales (Aplicación en línea) [RECORD 5.0: Correspondence Analysis of Personal Constructs (Linear Applications)]. from <http://tecnicaderejilla.net>

BODY GRID TO ASSESS BODY IMAGE

23

1
2
3 Feixas, G., Montebruno, C., Dada, G., Del Castillo, M., & Compañ, V. (2010). Self
4
5 construction, cognitive conflicts and polarization in bulimia nervosa. *International*
6
7 *Journal of Clinical and Health Psychology*, 10(3), 445-457.
8
9
10 Feldman, M. M. (1975). The body image and object relations: Exploration of a method
11
12 utilizing repertory grid techniques. *British Journal of Medical Psychology*, 48(4), 317-
13
14 332.
15
16 Fransella, F., Bell, R. , & Bannister, D. (2004). *A manual for repertory grid technique* (2nd
17
18 ed.). Chichester, UK: John Wiley & Sons.
19
20
21 Fransella, F., & Crisp, A. H. (1979). Comparisons of weight concepts in groups of neurotic,
22
23 normal and anorexic females. *British Journal of Psychiatry*, 134, 79-86.
24
25 Harter, S. L., Erbes, C. R., & Hart, C. C. (2004). Content analysis of the personal constructs
26
27 of female sexual abuse survivors elicited through repertory grid technique. *Journal of*
28
29 *Constructivist Psychology*, 17(1), 27-43. doi: 10.1080/10720530490250679
30
31
32 IBM. (2010). Statistical Package for Social Sciences version 19.0 (SPSS 19.0). Chicago.
33
34 Kelly, G. A. (1955). *The Psychology of Personal Constructs* (Vol. 1 y 2). Nueva York: Norton
35
36 (Reimpresion by Routledge, Londres, 1991).
37
38 Kelly, G. A. (1966). *Teoría de la personalidad [Personality theory]*. Buenos Aires: Troquel.
39
40
41 Kovářová, Marie, & Filip, Miroslav. (2015). Integrating the differentiated: A review of the
42
43 Personal Construct approach to cognitive complexity. *Journal of Constructivist*
44
45 *Psychology*, 28(4), 342-366. doi: 10.1080/10720537.014.994693
46
47
48 Lane, L. G., & Viney, L. L. (2005). The Effects of Personal Construct Group Therapy on
49
50 Breast Cancer Survivors. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 73(2), 284-
51
52 292.
53
54
55
56
57
58
59
60

BODY GRID TO ASSESS BODY IMAGE

24

- Mackay, N. (1992). Identification, reflection, and correlation: Problems in the bases of repertory grid measures. *International Journal of Personal Construct Psychology*, 5(1), 57-75. doi: 10.1080/08936039208404941
- Mora, M., & Raich, R. M. (2010). *Autoestima [Self-esteem]*. Madrid: Síntesis.
- Piot-Ziegler, C., Sasi, M.L., Raffoul, W., & Delaloye, J.F. (2010). Mastectomy, body deconstruction, and impact on identity: A qualitative study. *British Journal of Health Psychology*, 15, 479-510.
- Pruzinsky, T., & Cash, T. F. (1990). Integrative themes in body-image development, deviance and change. In T. F. Cash & T. Pruzinsky (Eds.), *Body images development, deviance and change* (pp. 337-349). N. York: The Guilford Press.
- Raich, R. (2000). *Imagen corporal. Conocer y valorar el propio cuerpo*. Madrid: Pirámide.
- Rosenblatt, L. (2006). Being the monster: Women's narrative of body and self after treatment for breast cancer. *Medical Humanities*, 32, 53-56.
- Sánchez Sánchez, Teresa. (2015). The psychological effects of therapeutic and preventive mastectomy. Changes in the perception of women with breast cancer. *Papeles del psicólogo*, 36(1), 62-73.
- Saúl, L. A., López-González, M. A., Moreno Pulido, A., Corbella, S., Compañ, V., & Feixas, G. . (2012). Bibliometric review of the Repertory Grid Technique: 1998-2007. *Journal of Constructivist Psychology*, 25, 112-131.
- Sebastián, J., Manos, D., Bueno, M. J., & Mateos, N. (2007). Imagen corporal y autoestima en mujeres con cáncer de mama participantes en un programa de intervención psicosocial [Body image and self-esteem in women with breast cancer participating in a psychosocial intervention program]. *Clínica y Salud*, 18(2), 137-161.

Segura-Valverde, M., García-Nieto, R., & Saúl, L.A. (2014). Imagen corporal y autoestima en mujeres mastectomizadas [Body image and body self-esteem in women subjected to mastectomy]. *Psicooncología*, 11(1), 45-57. doi: 10.5209/rev_PSIC.2014.v11.n1.44916

Sewell, K. W., Cromwell, R. L., Farrell-Higgins, J., Palmer, R., Ohlde, C., & Patterson, T. W. (1996). Hierarchical elaboration in the conceptual structures of Vietnam combat veterans. *Journal of Constructivist Psychology*, 9, 79-96. doi: 10.1080/10720539608404656

Sokolski, I., Walter, O. B., Klapp, C., & Klapp, B. F. (2004). Body experience in pregnancy as mirrored by the body grid: Differences between pregnant women with a normal course pregnancy and women with premature labour and overterm pregnancy. In B. F. Klapp, J. Jordan & O. B. Walter (Eds.), *Role Repertory Grid and Body Grid - Construct Psychological Approaches in Psychosomatic Research*. Frankfurt: VAS - Verlag für Akademische Schriften.

Trujillo, Luz Adriana. (2016). *Técnica de la rejilla interpersonal: un estudio de validación en población comunitaria [Repertory grid: a validation study in a community]*. (Doctoral Thesis), Universidad de Barcelona, Barcelona.

Turpin, M., Dallos, R., Owen, R., & Thomas, M. (2009). The meaning and impact of head and neck cancer: An interpretative phenomenological and repertory grid analysis. *Journal of Constructivist Psychology*, 22(1), 24-54. doi: 10.1080/10720530802500789

Viney, L. L. (1989). *Images of illness*. Maribar, Florida: Krieger.

Weber, C. S., Bronner, E., Thier, P., Schoeneich, F., Walter, O. B., Klapp, B. F., & Kingreen, D. (2001). Body experience and mental representation of body image in patients with haematological malignancies and cancer as assessed with the Body Grid. *British Journal of Medical Psychology*, 74(4), 507-521. doi: 10.1348/000711201161154

BODY GRID TO ASSESS BODY IMAGE

26

Weber, C. S., Fliege, H., Arck, P. C., Kreuzer, K. A., Rose, M., & Klapp, B. F. (2005).

Patients with haematological malignancies show a restricted body image focusing on function and emotion. *European Journal of Cancer Care*, 14, 155-165.

Weber, C. S., Thier, P., Walter, O. B., & Klapp, B. F. (2004). The body grid: An idiographic approach to explore body image, illustrated by the case of a female obese patient undergoing psychotherapy. In B. F. Klapp, J. Jordan & O. B. Walter (Eds.), *Role Repertory Grid and Body Grid - Construct Psychological Approach in Psychosomatic Research*. Frankfurt: VAS - Verlag für Akademische Schriften.

Weber, C. S., Thier, P., Walter, O. B., & Klapp, B. F. (2004). Characteristics of the body image of patients with haematological malignancies and cancer illustrated by a case study. In B. F. Klapp, J. Jordan & O. B. Walter (Eds.), *Role Repertory Grid and Body Grid - Construct Psychological Approaches in Psychosomatic Research*. Frankfurt: VAS - Verlag Akademische Schriften

Running head: BODY GRID TO ASSESS BODY IMAGE

1

				REAL BODY	BREAST	ARMPIT	ARM	SKIN	NECK	BELLY	HIPS	GENITALS	LEG	HEAD	FACE	BODY 5 Y BEF SURG	IDEAL BODY
I	Mutilated		Whole	4	1	7	7	4	7	7	5	7	7	7	7	7	7
II	Normal functioning		Abnormal	7	7	2	2	2	3	3	4	3	4	2	1	2	1
III	Long		Short	4	4	4	3	4	4	4	4	4	5	4	4	4	4
IV	Healthy		Sick	7	7	4	1	4	6	1	1	1	1	1	1	1	1
V	Strong		Delicate	1	2	2	1	4	2	2	4	1	3	1	1	2	1
VI	Thick		Thin	4	4	4	4	4	3	3	4	4	4	4	4	5	6
VII	Feminine		Masculine	4	6	4	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
VIII	Indifferent		Disturbing	4	7	4	4	4	4	4	4	1	4	4	4	4	4
IX	Ugly		Beautiful	5	6	4	5	6	4	4	5	4	3	4	5	6	7
X	Proportioned		Disproportioned	2	2	4	2	4	4	5	3	4	4	3	2	2	1
XI	Harmonious		Unpleasant	2	2	4	3	2	4	4	4	4	4	3	3	3	1

Note. Body 5 y bef surg: Body 5 years before surgery

Figure 1. Example of Body Grid from a mastectomized patient

BODY GRID TO ASSESS BODY IMAGE

1

Table 1.

Summary of Means and Standard Deviations for the Body Grid variables Percentage of Variance Accounted for by the First Factor and Polarization in the total sample, the control group, the breast conserving group and the mastectomy group

	N	Mean	SD
PVAFF			
No surgery	24	42.29	8.83
Breast conserving surgery	11	53.59	10.78
Mastectomy	12	63.26	14.30
Total	47	50.29	13.90
Polarization			
No surgery	24	13.38	10.14
Breast conserving surgery	11	14.50	9.27
Mastectomy	12	38.48	22.26
Total	47	20.05	17.54

Note. PVAFF: Percentage of Variance Accounted for by the First Factor.

BODY GRID TO ASSESS BODY IMAGE

Table 2.

Correlations between body self-esteem indices from Body Grid and MBSRQ in the total sample, the patient group and the control group.

	SIC	SEA	CPA	BFPP
Total sample				
C.R-I	-.275	.631**	.028	-.153
D.R-I	.362*	-.701**	-.092	.263
Control group				
C.R-I	.102	.538**	.138	-.070
D.R-I	-.110	-.569**	-.312	.139
Patient group				
C.R-I	-.452	.360	.181	-.298
D.R-I	.517*	-.446*	-.298	.622**

Note. SIC: Subjective importance of corporality; SEA: Self-evaluated attractiveness; CPA: Care about physical appearance; BFPP: Behavior focused on preserving physical condition; C.R-I: Correlation between real and ideal body; D-R.I: Distance between real and ideal body.
*p < .05; **p < .01.

BODY GRID TO ASSESS BODY IMAGE

1

Table 3

Non-parametric tests for Subjective importance of corporality, Self-evaluated attractiveness, Care about physical appearance, and Behavior focused on preserving physical condition.

	H	Sig.	U	Z	Sig.	Effect size	
						η^2	r
Subjective importance of corporality	10.108	.006				.138	
No surgery – Breast conserving			94.500	-1.334	.182		
No surgery – Mastectomy			50.000	-3.158	.001		.526
Mastectomy – Breast conserving			42.000	-1.480	.139		
Self-evaluated attractiveness	17.167	< .001				.299	
No surgery – Breast conserving			46.500	-3.062	.002		.518
No surgery – Mastectomy			40.000	-3.518	< .001		.586
Mastectomy – Breast conserving			44.000	-1.373	.170		
Care about physical appearance	1.833	.400					
Behavior focused on preserving physical condition	.197	.906					

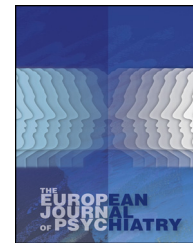
Running head: BODY GRID TO ASSESS BODY IMAGE

Table 4.

Main results from the Body Grid in two patients with different types of surgery (mastectomy and breast conserving surgery), focused on the variables Percentage of Variance Accounted for by the First Factor and Polarization

PATIENT 1 (Mastectomy)				PATIENT 2 (Breast conserving surgery)			
Body self-esteem indices							
Correlation Real – Ideal Body = .056 Distance Real – Ideal Body = .50				Correlation Real – Ideal Body = -.322 Distance Real – Ideal Body = .59			
Cognitive structure indices							
Polarization = 31.169				Polarization = 18.182			
Mutilated – Whole	78.57	Ideal Body	72.73	Numb – Sensitive	35.71	Ideal Body	100.00
Sick – Healthy	78.57	Genitals	45.45	Dead – Alive	28.57	Arms	72.73
Masculine – Feminine	78.57	Breast	36.36				
Delicate – Strong	42.86	Arm	36.36				
PVAFF = 59.54%				PVAFF = 70.99%			
Element	AC	Construct	AC	Element	AC	Construct	AC
Breast	51	Sick	23	Ideal Body	28	Numb	9
Real Body	23	Mutilated	17	Arm	28	Dead	9
		Masculine	15	Breast	12	Indifferent	8
				Armpit	12	Disgusting	7

Note. PVAFF: Percentage of Variance Accounted for by the First Factor; AC: Absolute Contribution of the element/construct to the factor, accounted from 0 to 100



ORIGINAL ARTICLE

Content categories system for body constructs applied to patients with mastectomy

M. Segura-Valverde^{a,*}, L.A. Saúl^b, E. Baca-García^a

^a Department of Psychiatry, University Hospital Jiménez Díaz Foundation, Spain

^b Department of Personality, Evaluation and Psychological Treatments, National University of Distance Education (UNED), Spain

Received 8 December 2016; accepted 20 February 2017

KEYWORDS

Content analysis;
Personal constructs;
Body Grid;
Body image

Abstract

Background and objectives: Body image is a predictor of psychological adjustment to cancer and a risk factor for depression. Questionnaires to assess body image in cancer patients assume a preconceived concept of body image and do not reflect the patient's subjective experience. This study aims to develop a content categories system for analyzing body constructs in breast cancer patients from their own experience.

Methods: The sample comprised 542 constructs, from 23 patients subjected to surgery (12 mastectomy/11 breast-conserving surgery) and 24 controls. Participants were assessed with the Body Grid. Three independent judges coded the constructs elicited following a tentative categories system.

Result: Six categories appeared: Objective Appearance, Esthetics, Function, Strength, Energy and Emotions, with similar distribution in the samples. Objective Appearance, Esthetics and Emotions were the most used. The inter-rater agreement was very good.

Conclusions: These findings highlight the importance of knowing which thematic areas concern the most to each patient and the absent ones in their constructions, in order to focus psychotherapy on the developing of new meanings that allow a more integrated body image.

© 2017 Published by Elsevier España, S.L.U. on behalf of Asociación Universitaria de Zaragoza para el Progreso de la Psiquiatría y la Salud Mental.

Introduction

Breast cancer is the second most frequent type of cancer in the world, with lung cancer being the most frequent. In Spain, over 22,000 new cases are diagnosed on an annual

* Corresponding author.

E-mail addresses: msegurav@hgvillalba.es,
martasv82@gmail.com (M. Segura-Valverde).

<http://dx.doi.org/10.1016/j.ejpsy.2017.02.001>

0213-6163/© 2017 Published by Elsevier España, S.L.U. on behalf of Asociación Universitaria de Zaragoza para el Progreso de la Psiquiatría y la Salud Mental.

basis (30% of tumors), and the most frequent age at diagnosis is between 45 and 65 years old.¹

Research on body image (BI) in breast cancer patients is of major importance due to its epidemiological relevance and the psychosocial consequences for women^{2,3} because BI is a predictor of psychological adjustment to the disease⁴⁻⁶ and a risk factor for depression.^{7,8}

BI is defined as the perception an individual possesses of the global body and each of its parts, its movement and limits, and the subjective experience of attitudes, thoughts, feelings, and valuation, as well as the behavior resulting from those cognitions and emotions.⁹⁻¹¹ Women's breast is associated with attractiveness, femininity, sexuality and maternity,^{3,12} so disturbances in BI have great psychological impact. There is an increasing interest on the way patients construe their BI related to cancer and its treatments.¹³⁻¹⁵

There are several questionnaires to assess body image in cancer patients.¹⁶ The main critique to these traditional instruments is that they assume a preconceived concept of BI and do not reflect the patient's subjective experience.^{17,18}

Constructivism has proven useful to study the subjective experience of illness.¹⁹⁻²¹ The key concept of constructivism is the construct. A construct is the unit of meaning to build one's construction of reality. A construct is "a way in which two or more things are alike and thereby different from a third or more things".²² For example, for Patient A "breast" and "armpit" are alike in that they are both ugly, while they differ from "leg" in that it is beautiful. In this case, ugly-beautiful would be a construct. So, constructs are axis of reference with which we understand the world.

The aim of this research is know the subjective experience of BI of breast cancer patients (mastectomy and breast conserving surgery) through the development of a system of content categories to classify body constructs. This will allow the identification of the most relevant areas of concern in each group.

Method

Sample

The sample consisted on 542 constructs from the Body Grids of 23 breast cancer patients subjected to surgery (12 mastectomized and 11 breast-conserving surgery) and 24 healthy controls. Patients were treated in the psycho-oncology program of the hospital, in Madrid. Exclusion criteria were oncological disease on stage IV (metastasis, 2 patients) and the lack of capacity to participate. Six patients were excluded: 2 women on stage IV, 2 that refuse to participate due to a bipolar disorder in acute phase, 1 with borderline personality disorder and one with paranoid personality disorder.

The control group was selected from the primary care service of the same geographical area. The selection of the sample was incidental. All of the participants signed an informed consent, approved by the Ethics Committee of the hospital, which stated their voluntary and unpaid participation.

None of the participants had any physical impairment (apart from the injuries resulting of the breast surgery).

Instruments

Body Grid technique

The Repertory Grid technique (RG)²⁰ allows making explicit the constructs that constitute the person's meaning system. The Body Grid (BG) is the body version of this technique. The BG is useful to know the cognitive and emotional features that compose the BI, and allows for the determination of the acceptance of the body and the integration of its parts.^{17,23-25}

The RG consists on a data matrix made up by rows, to place the constructs, and columns, to place the elements. A specific grid was developed to assess BI, based on previous works.^{17,23}

Eleven elements were selected: Breast, Armpit, Arm, Skin, Neck, Belly, Hips, Genitals, Legs, Head, Face, and the terms "Real Body", "Body 5 years before surgery" for patients, "Body 5 years ago" for controls, and "Ideal Body". To elicit constructs, each body part was compared with the element "Real Body" with the following question: "Please, think about a characteristic that your (element; e.g. breast) has in common with your global body, or that differentiate them". The characteristic that appeared was one pole of the construct, e.g. "mutilated". They were then asked to name the opposite characteristic, e.g. "whole". The questions were written as a questionnaire and filled individually by every participant. Then they had to rate every element in every construct using a seven-point Likert scale. An example of a complete BG is provided in Fig. 1.

BG allows quantitative and qualitative analyses. Qualitative analysis may be theory or data driven. Data driven content analysis develops categories from the constructs obtained with the grids according to their area of meaning.

Procedure

The assessing sessions were in groups, each one having four to eight participants, and patients were tested separately from controls. Each participant filled her own BG individually and the researcher supervised the assessment to assure that there was no contamination between the participants.

Once the BGs were answered, we obtained 11-15 constructs per participant. All the constructs were listed independently in order of their frequency. Then, the constructs were grouped in areas of meaning until they were reduced to six main categories. The general procedure for content analysis of grids was used: (a) if an item was in some way like the first item, the two were placed together under a single category created for them at that moment; (b) if an item was different to the first one, they were put into different categories; (c) the rest of the items were compared with each of the categories and put into the appropriate category; (d) when the item did not fit in any category, a new a category was created. This process continued until all the items were classified.²⁶

Two other independent judges were asked to reproduce the process of coding the constructs following the same system.^{27,28} All the judges had clinical and psychosomatics expertise from different perspectives. The judges put in common the disagreed constructs. Later, they recoded those

				A	B	C	D	E	F	G	H	I	J	K	L	M	N
				REAL BODY	BREAST	ARMPIT	ARM	SKIN	NECK	BELLY	HIPS	GENITALS	LEG	HEAD	FACE	BODY 5 YEARS BEFORE SURGERY	IDEAL BODY
I	WARM	I	COLD	3	1	1	5	3	1	1	5	1	6	1	6	3	7
II	SMOOTH	II	HARSH	5	2	1	5	6	1	1	6	1	6	1	3	4	6
III	THIN	III	FAT	6	4	2	1	6	1	5	2	6	1	4	2	3	2
IV	THICK	IV	FINE	1	4	5	7	2	6	3	6	2	7	4	5	2	6
V	STRONG	V	WEAK	6	2	2	6	6	3	7	4	2	1	3	6	3	1
VI	FLACCID	VI	TENS	1	6	7	2	3	5	1	1	6	7	7	2	3	1
VII	NARROW	VII	WIDE	7	6	1	2	1	3	6	1	1	2	2	3	5	3
VIII	DARK	VIII	LIGHT	4	7	3	3	4	6	3	6	2	6	2	3	4	1
IX	LONG	IX	SHORT	1	4	4	1	4	2	4	6	6	1	4	4	1	1
X	LUCID	X	OPAQUE	3	2	6	6	7	2	4	4	6	3	7	1	3	1
XI	EXPERT	XI	INEXPERIENCED	6	6	6	3	7	1	1	3	3	1	7	1	6	1

Figure 1 Example of a Body Grid.

individually with the new common information, to refine the classification.^{26,29}

Data analysis

Statistical analysis were conducted using SPSS[®] 19³⁰ to test the distribution of the categories. A chi-squared test for contingency tables was used for descriptive analysis. The socio-demographic variables were: Marital status, Children Yes/No, Number of children, Education level, Economic level and Labor situation. There were three variables related to the disease: Grade of tumor, Year of surgery and Adjuvant treatment.

Chi-Squared test were used to analyze the distribution of categories. To test the inter-rater reliability, Fleiss' Kappa index was used, for more than two raters.³¹ This index uses the marginal distributions of the categories of each judge to calculate the probability of casual agreements. Landis' limits³² were used to value the inter-rater grade of agreement: <0 (No agreement); 0–0.2 (No significant); 0.2–0.4 (Low); 0.4–0.6 (Moderate); 0.6–0.8 (Good); 0.8–1 (Very good).

Results

Descriptive

In the breast conserving group seven patients have had unilateral segmentectomy/quadrantectomy and four patients lumpectomy. Six of the patients also had lymphadenectomy. Eight patients also had a combined treatment with chemotherapy, radiation and hormone treatment. Two patients had a combination of radiotherapy and hormone treatment, and one patient had chemotherapy and hormone treatment.

In the mastectomy group, there were four cases of radical mastectomy (Halsted), and eight cases of modified

radical mastectomy. Ten of the patients had lymphadenectomy. Seven patients have had a combined treatment of chemotherapy, radiation and hormone treatment; two have had chemotherapy and hormone treatment, one patient have had chemotherapy and radiation. One patient has had only chemotherapy. Only one patient had no other treatment after the surgery.

Table 1 shows the distribution of the variables related to the disease in the mastectomy and the breast conserving group.

The mean ages were 49.94 (*sd*=10.12; range 32–69) in the total sample, 51.50 (*sd*=11.44; range 37–69) in the mastectomy group, 47.55 (*sd*=8.76; range 34–60) in the breast-conserving group, and 50.25 (*sd*=10.24; range 32–68) in the control group. There were significant differences in two variables: Children ($\chi^2=7.8$; $p=0.02$), where 79.2% of the control sample had children, whereas only 41.7% of the mastectomy group and 36.4% of the breast-conserving group had, and Labor situation ($\chi^2=18.93$; $p=0.01$), where there was more unemployment (45%) in the breast-conserving group than in the other two groups (8.3%). 33% of the mastectomy group had a temporary incapacity for work.

The total number of constructs was 542 (*Mean*=11.53; *sd*=0.99), 133 from the mastectomy group (*Mean*=11; *sd*=0.00), 126 from the breast conserving (*Mean*=11.54; *sd*=0.52), and 283 from the control group (*Mean*=11.79; *sd*=1.28). There were significant differences only between the surgery groups ($U=30.00$; $Z=-2.91$; $p=0.02$). The number of elements was a constant in every grid (14 elements each).

Content categories system for body constructs (CCBC)

The constructs elicited with the BGs were grouped into six categories, labeled as follows:

Table 1 Distribution of the variables related to the disease.

Variables	Total		Breast conserving		Mastectomy	
	Fr.	%	Fr.	%	Fr.	%
<i>Tumor grade</i>						
Grade I	0	0	0	0	0	0
Grade II	12	52.2	7	63.6	5	41.7
Grade III	11	47.8	4	36.4	7	58.3
<i>Year of surgery</i>						
2010	11	47.8	6	54.5	5	41.7
2011	11	47.8	4	36.4	7	58.3
2012	1	4.3	1	9.1	0	0
<i>Neo/adjuvant treatment</i>						
No	1	4.3	0	0	1	8.3
Radiation (RT)	0	0	0	0	0	0
Chemotherapy (CHT)	3	13	0	0	3	25
Combined	19	82.6	11	100	8	66.7

Note: Combined: includes any combination of CHT or RT with hormone treatment.

Table 2 Frequency of constructs and percentage of content categories.

Categories	Patients group						Control group		Total	
	Mastectomy		Breast conserving		Total surgery		Fr.	%	Fr.	%
	Fr.	%	Fr.	%	Fr.	%				
Objective appearance	50	37.6	64	50.8	114	44	140	49.5	254	46.9
Esthetics	32	24.1	25	19.8	57	22	57	20.1	114	21
Function	13	9.8	4	3.2	17	6.6	8	2.8	25	4.6
Strength	10	7.5	14	11.1	24	9.3	29	10.2	53	9.8
Energy/dynamism	6	4.5	4	3.2	10	3.9	7	2.5	17	3.1
Emotions	22	16.5	15	11.9	37	14.3	42	14.8	79	14.6
Total	133	100	126	100	259	100	283	100	542	100

1. Objective appearance: outward and external aspects of physical appearance (size, shape, color, presence of hair, ...).
2. Esthetics: affective valence and subjective preference, related to the personal concept of beauty.
3. Function: the subjective experience of proper work of the organ, pain and impairment.
4. Strength: the subjective perception of strength and weakness, power, tension, strain, ...
5. Energy (or Dynamism): the subjective perception of movement, motion, statism, ...
6. Emotions: feelings, thoughts, sensuality, sexuality, life and death.

Objective appearance was the most frequent category, followed by Esthetics. These two categories occupied more than 60% of the constructs in all the samples (Mastectomy = 61.7%; Breast-conserving surgery = 70.6%; Control = 69.6%). The third category was Emotions (approximately 15%). No statistical differences were found between the groups ($\chi^2 = 6.17$; $p = 0.29$). However, Function was more frequent in the mastectomy group than in the other two groups. In the breast-conserving group and the control group Strength was more frequent than Function.

Reliability of the content categories system of classification

Table 2 shows the main results of the three judges in the two codification moments of the CCBC.

After the first individual codification, the level of concordance was very good (0.85). Once the disagreements were put in common, the level of agreement was excellent (0.962). Table 3 shows Kappa indices in the total sample of constructs. Table 4 shows Kappa indices for every category of the classification system.

In the first codification, the level of concordance was good in all cases ($0.60 \leq K \leq 0.80$). After the second codification, concordance was excellent ($0.80 \leq K \leq 1$; $p < 1$, Table 5).

Discussion

The aim of this research was to develop a tentative system of content categories to classify body constructs, based on data collected from a sample of breast cancer patients subjected to surgery, and a healthy control group, and to identify the most relevant areas for each group.

Table 3 Frequency of categories codification of the three judges depending on the codification moment.

Category	Codification 1								Codification 2							
	Mast.		Breast C.		Control		Total		Mast.		Breast C.		Control		Total	
	Fr	%	Fr	%	Fr	%	Fr	%	Fr	%	Fr	%	Fr	%	Fr	%
<i>Judge 1</i>																
Obj. appearance	49	36.8	63	50	138	48.8	250	46.1	50	37.6	63	50	139	49.1	252	46.5
Esthetics	32	24.1	25	19.8	57	20.1	114	21	32	24.1	25	19.8	57	20.1	114	21
Function	11	8.3	3	2.4	8	2.8	22	4.1	13	9.8	5	4	8	2.8	26	4.8
Strength	12	9	14	11.1	33	11.7	59	10.9	10	7.5	14	11.1	30	10.6	54	10
Dynamism	7	5.3	6	4.8	6	2.1	19	3.5	6	4.5	4	3.2	7	2.5	17	3.1
Emotions	22	16.5	15	11.9	41	14.5	78	14.4	22	16.5	15	11.9	42	14.8	79	14.6
Total	133	100	126	100	283	100	542	100	133	100	126	100	283	100	542	100
<i>Judge 2</i>																
Obj. appearance	43	32.3	59	46.8	127	44.9	229	42.3	50	37.6	63	50	139	49.1	252	46.5
Esthetics	32	24.1	25	19.8	61	21.6	118	21.8	32	24.1	25	19.8	57	20.1	114	21
Function	17	12.8	11	8.7	14	4.9	42	7.7	13	9.8	5	4	8	2.8	26	4.8
Strength	12	9	12	9.5	31	11	55	10.1	10	7.5	14	11.1	30	10.6	54	10
Dynamism	5	3.8	4	3.2	7	2.5	16	3	6	4.5	4	3.2	7	2.5	17	3.1
Emotions	24	18	15	11.9	43	15.2	82	15.1	22	16.5	15	11.9	42	14.8	79	14.6
Total	133	100	126	100	283	100	542	100	133	100	126	100	283	100	542	100
<i>Judge 3</i>																
Obj. appearance	58	43.6	61	48.4	157	55.5	276	50.9	50	37.6	62	49.2	140	49.5	252	46.5
Esthetics	30	22.6	25	19.8	56	19.8	111	20.5	33	24.8	25	19.8	58	20.5	116	21.4
Function	3	2.3	2	1.6	8	2.8	13	2.4	9	6.8	3	2.4	7	2.5	19	3.5
Strength	8	6	11	8.7	17	6	36	6.6	8	6	14	11.1	30	10.6	52	9.6
Dynamism	4	3	5	4	5	1.8	14	2.6	5	3.8	5	4	7	2.5	17	3.1
Emotions	30	22.6	22	17.5	40	14.1	92	17	28	21.1	17	13.5	41	14.5	86	15.9
Total	133	100	126	100	283	100	542	100	133	100	126	100	283	100	542	100

Note: Mast.: mastectomy; Breast C.: breast-conserving surgery. Obj. appearance: Objective appearance.

Table 4 Kappa indices between pair of judges on codification moments 1 and 2.

Pairs of judges	Codification 1				Codification 2			
	Kappa	Std. error ^a	T. approx ^b	Sig. approx	Kappa	Std. error	T. approx	Sig. approx
Judge 1–Judge 2	0.88	0.02	37.96	<0.001	1.00	0.00	41.87	<0.001
Judge 1–Judge 3	0.76	0.02	30.92	<0.001	0.92	0.01	38.19	<0.001
Judge 2–Judge 3	0.70	0.02	29.70	<0.001	0.92	0.01	38.19	<0.001

^a Assuming alternative hypothesis.

^b Using asymptotic standard error based on null hypothesis.

Table 5 Kappa indices of inter-rater agreement on both moments of codification based on content categories.

Category	Codification 1					Codification 2				
	Fleiss [*]	Std. error	Z	Confidence interval 95%		Fleiss [*]	Std. error	Z	Confidence interval 95%	
				Lower limit	Upper limit				Lower limit	Upper limit
Total	0.78	0.01	56.51	0.76	0.81	0.95	0.01	68.24	0.92	0.97
Obj. appearance	0.81	0.07	10.76	0.66	0.96	0.95	0.07	12.62	0.80	1.00
Esthetics	0.80	0.06	13.00	0.68	0.92	0.94	0.06	15.35	0.82	1.00
Function	0.54	0.07	7.27	0.39	0.68	0.90	0.07	11.88	0.75	1.00
Strength	0.75	0.06	11.78	0.62	0.87	0.99	0.06	15.63	0.86	1.00
Dynamism	0.68	0.08	8.05	0.52	0.85	0.96	0.08	11.45	0.79	1.00
Emotions	0.84	0.06	13.90	0.73	0.96	0.93	0.06	15.25	0.81	1.00

^{*} All results were significant for $p < 0.001$.

The developed CCBC showed six categories: Objective appearance, Esthetics, Function, Strength, Dynamism/Energy and Emotions. The similarity in the distribution of the categories between the patients groups and the healthy controls suggests a similar construction of the BI in the three groups. These results match with the idea that mastectomized and breast conserving surgery patients construe their body image in a similar way as healthy women do.^{33,34} Nevertheless, in our sample there were some clinical differences between mastectomy and breast conserving surgery in the importance of the Function category. The relevance of function in mastectomized patients may be explained because the complete loss of the breast implies a greater impairment in the idea of femininity, attractiveness, maternity or sexuality.^{2,4,12}

There was a greater agreement among the judges in the second codification. In the first moment, the level of agreement was good for all categories except for Function, where it was moderate. After the second codification, the level of agreement was very good, even for Function. It would be interesting to explore the meaning of this category for the judges, in order to improve the creation of common criteria and definitions. We have followed the standard steps for developing content systems from raw data from a constructivist approach using grids.²⁶ This approach focuses on proving the reliability more than on the validity of the systems, given that they are not based on a priori theoretical framework.^{26,29}

Our system partially coincides with the one created by Weber^{24,25,35} for hematological patients. The two systems include Function, Strength, Dynamism and Emotions. In our system, the category Control does not exist. We separated objective and subjective aspects of the appearance because of their frequency and the importance that the participants conceded to them. In our samples of breast cancer patients, Objective appearance and Esthetics were the most extended categories. In Weber's they were the less extended.^{35,36} This difference may be explained because of the use of external body parts as elements. Also it is important to note that in breast cancer patients the injuries (scars, mutilation, ...) are extremely visible. In both studies, Emotions and Strength occupied intermediate places in the distribution and Dynamism was the less extended area. The novelty of our system is that it is the first that uses the BG with breast cancer patients and with a healthy sample.

There are some methodological limitations: incidental selection of the sample, small sample size, the bias because the patients were from a psycho-oncology program and, the group application of the BG. Patients were separated by the type of surgery they had (mastectomy/breast conserving). Future research should include the comparison of patients by specific type of mastectomy and by adjuvant treatment (chemotherapy, radiation, hormones), as well as the relationship between the categories and psychological adjustment.

Nevertheless, our results showed that mastectomized patients have a clinical specific concern of the functional aspects of their BI. Therefore, most of the women with mastectomy will benefit with cognitive-constructivist techniques focused on integrating the impact of the loss of function and expanding their subjective meaning of BI with other areas (strength, dynamism). From a clinical perspective, the

improvement of BI will help the patient to better adjust to the disease and its treatment, and it will prevent the development of other psychopathology, like depression.

New research with larger samples is needed to confirm that the use of such techniques will be useful for the patients in terms of faster restoration of the well-being and self-esteem associated to their BI.

Acknowledgments

We would like to thank David Pineda Sánchez for his help with the statistical treatment of the data, and Yenia Zaba for language and writing assistance.

References

1. AECC. Guía de preguntas frecuentes para pacientes con cáncer de mama 2012; 2012. Available from: <http://www.aecc.es/SobreElCancer/CancerPorLocalizacion/CancerMama/Paginas/cancerdemama.aspx> [cited 18.07.12].
2. Manos D, Sebastián J, Bueno MJ, Mateos N, De la Torre A. Body image in relation to self-esteem in a sample of Spanish women with early-stage breast cancer. *Psicooncología*. 2005;2:103–16.
3. Sebastián J, Manos D, Bueno MJ, Mateos N. Imagen corporal y autoestima en mujeres con cáncer de mama participantes en un programa de intervención psicosocial. *Clin Salud*. 2007;18:137–61.
4. Carver CS, Pozo-Kaderman C, Price AA, Noriega V, Harris SD, Derhagopian RP, et al. Concerns about aspects of body image and adjustment to early stage cancer. *Psychosom Med*. 1998;60:168–74.
5. Ganz PA, Desmond KA, Belin TR, Meyerowitz BE, Rowland JH. Predictors of sexual health in women after a breast cancer diagnosis. *J Clin Oncol*. 1999;17:2371–80.
6. Ganz PA. Psychological and social aspects of breast cancer. *Oncology*. 2008;22:642–53.
7. Noles SW, Cash TF, Winstead BA. Body image, physical attractiveness, and depression. *J Consult Clin Psychol*. 1985;53:88–94.
8. Andritsch E, Dietmaier G, Hofmann G, Zloklikovits S, Samonigg H. Global quality of life and its potential predictors in breast cancer patients: an exploratory study. *Support Care Cancer*. 2007;15:21–30.
9. Cash TF, Pruzinsky TE. Body images: development, deviance, and change. New York: The Guilford Press; 1990.
10. Raich R. Imagen corporal. Conocer y valorar el propio cuerpo. Madrid: Pirámide; 2000.
11. Thompson JK. Body image disturbances: assessment and treatment. New York: Pergamon Press; 1990.
12. Santos DB, Ford NJ, Dos Santos MA, Vieira EM. Breast cancer and sexuality: the impacts of breast cancer treatment on the sex lives of women in Brazil. *Cult Health Sex*. 2014;16:246–57.
13. Lane LG, Viney LL. The effects of personal construct group therapy on breast cancer survivors. *J Consult Clin Psychol*. 2005;73:284–92.
14. Rosenblatt L. Being the monster: women's narrative of body and self after treatment for breast cancer. *Med Hum*. 2006;32:53–6.
15. Rhondali W, Chisholm GB, Filbet M, Kang DH, Hui D, Fingeret MC, et al. Screening for body image dissatisfaction in patients with advanced cancer: a pilot study. *J Palliat Med*. 2015;18:151–6.
16. Annunziata MA, Giovannini L, Muzzatti B. Assessing the body image: relevance, application and instruments for oncological settings. *Support Care Cancer*. 2012;20:901–7.
17. Weber CS, Bronner E, Thier P, Schoeneich F, Walter OB, Klapp BF, et al. Body experience and mental representation of body

- image in patients with haematological malignancies and cancer as assessed with the Body Grid. *Br J Med Psychol*. 2001;74: 507–21.
18. Turpin M, Dallos R, Owen R, Thomas M. The meaning and impact of head and neck cancer: an interpretative phenomenological and repertory grid analysis. *J Constr Psychol*. 2009;22:24–54.
 19. Cipolleta S, Consolaro F, Horvath P. When health is an attitudinal matter: a qualitative research. *J Humanist Psychol*. 2014;54:391–413.
 20. Fransella F, Bell R, Bannister D. A manual for repertory grid technique. 2nd ed. Chichester, UK: John Wiley & Sons; 2004.
 21. Neimeyer RA. Enfoques constructivistas de la medida del significado. In: Neimeyer G, editor. *Evaluación constructivista*. Barcelona: Paidós; 1996. p. 6–9.
 22. Kelly GA. The psychology of personal constructs. Nueva York: Norton; 1955 [Reimpression Routledge, London, 1991].
 23. Borkenhagen A, Klapp BF, Brähler E, Schnoeneich F. Differences in the psychic representation of the body in bulimic and anorectic patients: a study with the body grid. *J Constr Psychol*. 2008;21:60–81.
 24. Weber CS, Thier P, Walter OB, Klapp BF. Characteristics of the body image of patients with haematological malignancies and cancer illustrated by a case study. In: Klapp BF, Jordan J, Walter OB, editors. *Role repertory grid and body grid – construct psychological approaches in psychosomatic research*. Frankfurt: VAS – Verlag Akademische Schriften; 2004.
 25. Weber CS, Fliege H, Arck PC, Kreuzer KA, Rose M, Klapp BF. Patients with haematological malignancies show a restricted body image focusing on function and emotion. *Eur J Cancer Care*. 2005;14:155–65.
 26. Jankowicz D. The easy guide to repertory grids. Chichester: John Wiley; 2004.
 27. Viney LL. The assessment of psychological states through content analysis of verbal communications. *Psychol Bull*. 1983;94:542–63.
 28. Krippendorff K. Content analysis. An introduction to its methodology. Thousand Oaks: Sage; 2004.
 29. Green B. Personal construct psychology and content analysis. *Pers Constr Theor Pract*. 2004;1:82–91.
 30. IBM. Statistical package for social sciences version 19.0 (SPSS 19.0); 2010. Chicago.
 31. Fleiss JL. Statistical methods for rates and proportions. New York: John Wiley; 1981.
 32. Landis JR, Koch GG. The measurement of observer agreement for categorical data. *Biometrics*. 1977;33:159–74.
 33. Segura-Valverde M, García-Nieto R, Saúl LA. Imagen corporal y autoestima en mujeres mastectomizadas. *Psicooncología*. 2014;11:45–57.
 34. Vázquez-Ortiz J, Antequera R, Blanco Picabia A. Ajuste sexual e imagen corporal en mujeres mastectomizadas por cáncer de mama. *Psicooncología*. 2010;7:433–51.
 35. Weber CS, Bronner E, Shoenninch F, Walter OB, Klapp BF. Which constructs do the patients use? A categorical system for the analysis of body grids. In: Fisher J, Cornelius NI, editors. *Challenging the boundaries PCP perspectives for the new millennium*. Farnborough, UK: EPCA Publications; 2000.
 36. Weber CS, Bronner E, Thier P, Kingreen D, Klapp BF. Body construct systems of patients with haematological malignancies. In: Scheer JW, editor. *The person in society: challenges to a constructivist theory*. Giesen, Germany: Psychozocial-verlag; 2000.



Marta Segura Valverde

Directores:

Enrique Baca García
Rebeca García Nieto
Luis Ángel Saúl Gutiérrez

Tutor:

Enrique Baca García